



Strategi **Komunikasi** Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia



Strategi **Komunikasi** Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia

Daftar Isi

Ucapan Terima Kasih	iv
Kata Sambutan	v
Daftar Istilah	vi
Bab I: Pendahuluan	1
1. Mengapa Indonesia Memerlukan Strategi Komunikasi untuk HIV dan AIDS?	1
2. Peran Komunikasi dalam Respon Nasional	3
3. Proses Pengembangan Strategi Komunikasi Nasional	4
4. Pengguna Strategi Komunikasi	4
Bab II: Analisis Situasi: Epidemi HIV dan AIDS di Indonesia	7
1. Populasi Kunci	7
2. Populasi Umum	11
3. Pengetahuan soal HIV dan AIDS serta Sumber Informasi	14
4. Layanan perawatan, dukungan dan pengobatan	15
5. Budaya dan Jender	17
6. Penggunaan Kondom, IMS, dan Sunat pada Laki-laki	13
7. Desentralisasi dan Otonomi Daerah	19
8. Dampak terhadap Ekonomi dan Masyarakat secara Nasional	19
9. Analisis Sebab-Akibat	21
Bab III: Tujuan Umum Respons Nasional dan Strategi Komunikasi	25
Bab IV: Pendekatan Komunikasi Strategis	29
1. Menggunakan Pendekatan Terencana	29
2. Prinsip Dasar Komunikasi HIV dan AIDS	31
3. Tiga Pendekatan Strategis	33
4. Lebih dari Sekedar Pesan	35
5. Model Komunikasi Sosio-Ekologis untuk Perubahan Sosial	37
Bab V: Analisis Partisipasi	41
1. Analisis Partisipasi	42
2. Populasi Kunci:	44
a) Pengguna Napza Suntik (Penasun), termasuk Narapidana	44
b) Penjaja Seks Perempuan (PSP)	50
c) Laki-laki yang berhubungan Seks dengan Laki-laki (LSL) and Waria	56
d) Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)	60

3. Populasi Umum:	63
a) Laki-laki sebagai pelanggan PSP	63
b) Perempuan sebagai pasangan seks tetap	66
c) Penularan HIV dari Ibu ke Anak	67
d) Generasi Muda	68
Bab VI: Media/Saluran dan Materi/Metoda	75
1. Advokasi: Rekomendasi Umum	75
2. Komunikasi Perubahan Perilaku: Rekomendasi Umum	80
3. Komunikasi Perubahan Perilaku: Isu-isu Kunci untuk Disampaikan	86
4. Mengomunikasikan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIKA)	91
Bab VII: Strategi Lintas Isu (Cross Cutting)	97
1. Mengelola Mobilisasi Sosial	97
a) Koordinasi dan Manajemen	97
b) Kerjasama antar Sektor	98
c) Mobilisasi Sumber Daya	101
d) Pengembangan Kapasitas	103
Bab VIII: Riset, Monitoring dan Evaluasi	107
1. Riset Formatif	107
2. Monitoring dan Evaluasi Proses	109
3. Evaluasi Sumatif dan Evaluasi Akhir	110
Lampiran 1: Daftar Peserta Musyawarah Nasional	112
Lampiran 2: Tim Penyunting Dan Penyelaras	116
Lampiran 3: Indonesia IDPRELIM, Mei 2008 – Tabel 14. Pengetahuan Mengenai AIDS	117
Lampiran 4: IDPRELIM, Mei 2008 – Tabel 15. Pengetahuan cara-cara mengurangi resiko terinfeksi virus AIDS	118
Lampiran 5: Kondom dan Kolaborasi di Malang: Sebuah Cerita Keberhasilan Penanganan HIV dan AIDS	119
Lampiran 6: Contoh Kerangka Kerja Pelaksanaan untuk Komunikasi Strategis mengenai HIV dan AIDS	122

Ucapan Terima Kasih

Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia ini adalah sebuah panduan untuk Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPA) dan mitra-mitranya, KPA tingkat Propinsi, Kabupaten, pembuat kebijakan, serta pekerja profesional di bidang komunikasi untuk membantu mereka mengembangkan dan melaksanakan program komunikasi HIV dan AIDS di tingkat nasional, propinsi, kabupaten, maupun tingkat masyarakat. Dengan demikian upaya komunikasi perubahan sosial dan perilaku dapat dikembangkan secara strategis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan di dalam STRANAS (Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS).

Strategi Komunikasi ini adalah hasil dari diskusi selama kurun waktu tiga tahun dengan para pakar komunikasi dan pemangku kepentingan di Indonesia, termasuk di dalamnya adalah lembaga-lembaga dan individu-individu yang telah bekerja dengan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) Nasional seperti tercantum dalam daftar di Lampiran 1. Kami berterimakasih kepada kementerian dan lembaga-lembaga pemerintahan Republik Indonesia, UNAIDS, dan lembaga-lembaga PBB lainnya yang bekerja dalam tim gabungan PBB untuk HIV dan AIDS, lembaga donor, badan-badan kontraktor, LSM-LSM pelaksana, kelompok-kelompok yang terpengaruh, termasuk orang yang hidup dengan HIV dan AIDS, tim pada pemerintah daerah, penyedia layanan, perwakilan media, serta spesialis komunikasi—kesemuanya telah menyumbangkan baik waktu maupun dokumentasi. Tanpa bantuan pihak-pihak di atas, Rencana Strategi Komunikasi ini tidak akan ada.

Kami juga ingin mengucapkan terima kasih secara khusus untuk Program Kerjasama HIV untuk Indonesia (HIV Cooperative Program for Indonesia/HCPi) yang menyediakan bantuan finansial kepada KPA Nasional untuk merampungkan Rencana Strategi Komunikasi ini melalui Center for Communication Programs (CCP), Johns Hopkins University's Bloomberg School of Public Health. Rencana ini dikembangkan oleh Neill McKee dari CCP Baltimore, Fitri Putjuk, dan Heri Haerudin dari CCP Jakarta. Rencana Strategi Komunikasi serupa juga telah dibuat untuk Tanah Papua dimana epidemi yang telah memasuki populasi umum memerlukan respon yang berbeda.

Strategi Komunikasi ini berkaitan dengan peran KPA Nasional dalam memimpin dan mengkoordinasikan semua upaya pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia. Melalui Rencana Komunikasi ini, KPA Nasional ingin mengkoordinasikan semua lembaga yang ada sesuai dengan kebijakan dan metodologi yang telah ditetapkan. Rencana Komunikasi ini adalah suatu panduan untuk tindakan nyata—formulasi program komunikasi, implementasi, serta pengawasan dan evaluasi. Diharapkan bahwa melalui konsep, prinsip, dan metodologi Rencana Strategi Komunikasi ini, rakyat Indonesia baik di tingkat nasional, propinsi, kabupaten maupun tingkat masyarakat akan bisa mendapatkan informasi yang tepat dan benar serta mengembangkan sikap yang mendukung atas HIV dan AIDS, mengembangkan motivasi dan keterampilan untuk mengubah perilaku beresiko serta berjuang melawan epidemi ini secara bersama-sama.

Jakarta, Agustus 2008
A/n Tim Penyusun

Neill McKee

Kata Sambutan

Kita telah menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS hampir satu setengah dasawarsa. Diawali pada tahun 1994, upaya terus ditingkatkan baik jumlah dan jenis program maupun cakupan wilayah. Akan tetapi walaupun sudah banyak kemajuan yang dicapai namun kita belum berhasil menghentikan lajunya epidemi. Berbagai hambatan dan tantangan masih menghadang, yang berakibat belum terciptanya lingkungan yang benar-benar kondusif untuk penyelenggaraan berbagai program.

Dalam lingkup upaya pencegahan, program penggunaan kondom pada setiap hubungan seks berisiko, program pengurangan dampak buruk penggunaan jarum dan alat suntik tidak steril dan program konseling dan testing sukarela masih belum mencapai target yang diharapkan, perubahan perilaku populasi kunci berjalan sangat lambat. Layanan perawatan, pengobatan dan dukungan belum sepenuhnya dapat diakses oleh mereka yang membutuhkan.

Untuk mengubah jalannya epidemik, cakupan populasi kunci paling sedikit mencapai 80% dan setidaknya 60% dari mereka merubah perilaku kearah yang positif, meninggalkan perilaku yang bisa menyebabkan seseorang tertular HIV. Cakupan dan perubahan perilaku itu hanya bisa dicapai bilamana berbagai aturan dan kebijakan publik serta persepsi yang salah dari sebagian tokoh masyarakat dapat berubah. Komunikasi adalah salah satu kunci menuju perubahan itu. Kita memahami bahwa unsur-unsur komunikasi seperti advokasi, mobilisasi sosial dan komunikasi perubahan perilaku yang strategis dan diselenggarakan terarah dan terencana akan dapat menjawab berbagai persoalan itu. Kita tidak boleh mengulangi kesalahan massa lalu dimana kita memfokuskan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS pada penyuluhan yang selain tidak berhasil merubah perilaku, namun seringkali menimbulkan stigma dan diskriminasi karena salah dalam mengemas pesan yang disampaikan.

Terbitnya Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia kita sambut dengan gembira karena dengan mendalam telah menguraikan langkah-langkah dari proses bagaimana komunikasi penanggulangan HIV dan AIDS seharusnya diselenggarakan. Terima kasih kami sampaikan kepada Tim Penyusun atas kerja kerasnya untuk menyusun buku ini. Diharapkan Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia ini dapat dijadikan acuan utama bagi semua pemangku kepentingan yang terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di semua tingkat dalam kegiatan mereka mengembangkan komunikasi yang benar.

Jakarta, Desember 2008
Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Sekretaris



Dr. Nafisah Mboi, SpA, MPH

Daftar Istilah

ABC	Anda jauh! seks, Bersikap saling setia dengan pasangan, Cegah dengan kondom
AIDS	<i>Aquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANC	Perawatan Sebelum Persalinan (<i>Ante Natal Care</i>)
ART	Anti Retroviral Terapi
ARV	Anti Retro Vital
CBO	Organisasi Kemasyarakatan (<i>Community Based Organization</i>)
CCP	Pusat Program Komunikasi (<i>Center for Communication Programs</i>)
CSR	Tanggung Jawab Sosial Perusahaan (<i>Corporate Social Responsibility</i>)
CST	Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (<i>Care, Support, and Treatment</i>)
FBO	Organisasi Keagamaan (<i>Faith Based Organization</i>)
FHI	Family Health International
GFATM	Dana Global untuk Penanggulangan AIDS, Tuberkulosis dan Malaria (<i>Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria</i>)
HCPI	Program Kerjasama HIV untuk Indonesia – AusAID (<i>HIV Cooperative Programme for Indonesia</i>)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBBS	Survei Biologis dan Perilaku Terintegrasi (<i>Integrated Bio Behavioural Survey</i>)
ILM	Iklan Layanan Masyarakat
ILO	Organisasi Buruh Internasional (<i>International Labour Organization</i>)
IMS/STI	Infeksi Menular Seksual (<i>Sexually Transmitted Infection</i>)
KAPK/IPC-C	Komunikasi Antar Personal dan Konseling (<i>Interpersonal Communication and Counseling</i>)
Kespro	Kesehatan Reproduksi
KIE	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KPA	Komis Penanggulangan AIDS

KPP/BCC	Komunikasi Perubahan Perilaku (<i>Behaviour Change Communication</i>)
KTS/VCT	Konseling dan Testing Sukarela (<i>Voluntary Counseling and Testing</i>)
LSL/MSM	Laki-laki yang berhubungan seks dengan sesama laki-laki (<i>Men who have sex with Men</i>)
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
ODHA	Orang Dengan HIV dan AIDS
Penasun/IDU	Pengguna Napza Suntik (<i>Injection Drug User</i>)
PJASS	Program Jarum dan Alat Suntik Steril
PLA	Pembelajaran partisipatif (<i>Participative Learning in Action</i>)
Pokja	Kelompok Kerja
PPIKA	Pencegahan Penularan Ibu ke Anak
PRA	Penilaian cepat partisipasi (<i>Participatory Rapid Appraisal</i>)
PSL/MSW	Penjaja Seks Laki-laki (<i>Male Sex Worker</i>)
PSP/FSW	Penjaja Sex Perempuan (<i>Female Sex Worker</i>)
PTRM	Program Terapi Rumatan Metadon
STRANAS	Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS
TB	Tuberkulosis
UNAIDS	Program Bersama HIV dan AIDS Perserikatan Bangsa-Bangsa (<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>)
UNDP	Program Pembangunan Perserikatan Bangsa-Bangsa (<i>United Nations Development Programme</i>)
UNFPA	Dana Populasi Perserikatan Bangsa-Bangsa (<i>United Nations Population Fund</i>)
UNGASS	Sesi Khusus Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (<i>United Nations General Assembly Special Session</i>)
UNICEF	Dana Anak-anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (<i>United Nations Children's Fund</i>)
Waria	Wanita Pria
WHO	Organisasi Kesehatan Dunia (<i>World Health Organization</i>)

1. Mengapa Indonesia Memerlukan Strategi Komunikasi untuk Penanggulangan HIV dan AIDS?

Sejak kasus pertama HIV ditemukan di Indonesia pada tahun 1987, telah banyak usaha untuk mencegah penyebaran infeksi. Namun, pada era 1990an, pemangku kepentingan di Pemerintahan Indonesia dan masyarakat sipil kurang memahami sifat dasar dari epidemi HIV dan AIDS sehingga respon awalnya adalah dengan mengadakan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) untuk mengontrol HIV dan AIDS. Pada tahun 1996, Komisi Nasional AIDS membangun Pedoman Nasional untuk informasi, edukasi dan komunikasi dalam pengendalian HIV dan AIDS. Akan tetapi implementasi dari program ini masih bersifat sporadis, terbatas, kurang terarah dan kurang terkoordinasi.

Walaupun upaya komunikasi mengenai HIV dan AIDS telah dilakukan lebih dari 10 tahun, tetapi sumber daya yang diberikan pada tugas dan pekerja strategis ini belum cocok dengan inti permasalahannya. Kasus HIV juga terus meningkat di sebagian besar daerah. Di Indonesia, terdapat populasi kunci yang bersifat kompleks dengan perilaku beresiko tinggi, serta berbeda-beda antara satu provinsi dengan provinsi lain. Beberapa program masih menghadapi tantangan dan rintangan, seperti pemakaian 100% kondom oleh Penjaja Seks Perempuan (PSP) dan Penjaja Seks Laki-laki (PSL). Rintangan lainnya juga tetap ada, misalnya sikap negatif dari berbagai lembaga pemerintahan, serta pemuka agama, terhadap program yang berhubungan dengan Pengguna Narkotika Suntik (Penasun) serta laki-laki yang berhubungan seks dengan sesama laki-laki (LSL).

Penyebab langsung dari infeksi HIV umumnya adalah perilaku manusia – menggunakan jarum secara bergantian oleh penasun dan seks yang tidak terproteksi kondom, bahkan seringkali dengan beberapa pasangan. Termasuk di dalamnya adalah laki-laki yang berhubungan seks dengan PSP dan PSL, serta Waria. Terkait dengan fakta bahwa HIV pertama kali muncul dalam kelompok tersebut, maka muncullah stigma dan diskriminasi terhadap mereka. Mereka diidentikkan dengan orang yang hidup dengan HIV dan AIDS (ODHA). Hal ini meningkatkan keengganan petugas pemerintah dan masyarakat untuk ikut berperan aktif. HIV dan AIDS terlihat sebagai hasil dari perilaku yang bersifat

amoral dari kelompok-kelompok tersebut. Opini ini menciptakan lingkungan yang tidak menyenangkan bagi pengembangan dan pelaksanaan upaya-upaya komunikasi baru dalam mencegah penyebaran HIV dan AIDS di Indonesia. Dahulu terdapat kondisi, dan dalam beberapa kasus masih ada, kurangnya dialog antara petugas pemerintah Indonesia dengan kelompok-kelompok yang paling mengalami dampaknya. Selain itu, banyak upaya komunikasi yang dilakukan pemerintah Indonesia, lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan pihak lainnya yang hanya memiliki skala kecil dan tidak berdasarkan pada penelitian dan data yang akurat.

Terdapat beberapa faktor yang menyumbang kurang suksesnya upaya komunikasi ini, yaitu:

- Program biasanya didesain kurang tepat dan dilaksanakan dengan cara yang bersifat *ad hoc*.
- Kurangnya partisipasi dari populasi kunci yang paling terkena dampak, dalam mendefinisikan dan menentukan strategi komunikasi – media, saluran, materi dan metoda.
- Upaya yang dilakukan tidak memperhatikan budaya, status sosio-ekonomi dan kondisi dari sasarannya serta rintangan yang mereka hadapi untuk merubah keadaan. Hal ini sebenarnya dapat diidentifikasi melalui penelitian formatif dan penelitian *baseline*.
- Oleh karenanya, pesan yang disampaikan oleh program-program ini sering kali tidak tepat.
- Program yang ada biasanya tidak terhubung dengan upaya pemberian layanan yang lebih baik.
- Umumnya tidak ada indikator, rancangan serta metoda pengawasan dan evaluasi yang jelas.

Selain itu, terdapat pula beberapa tantangan dalam mengkomunikasikan HIV dan AIDS, yakni:

- Kurangnya konsistensi antara pesan, perencanaan materi dan metoda komunikasi.
- Kesulitan dalam melakukan identifikasi secara akurat atas rentang dan cakupan program, serta problem yang harus tangani.
- Kesulitan dalam merencanakan, mengarahkan dan mensinkronisasikan program-program yang ada agar memiliki sinergi.

2. Peran Komunikasi dalam Respon Nasional

Di dalam *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS serta Rencana Kegiatan 2007-2010* disinggung perlunya Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPA Nasional) untuk mengembangkan rencana nasional mengenai komunikasi strategis yang akan menjadi pedoman dalam mengembangkan dan melaksanakan

program komunikasi HIV dan AIDS di seluruh pelosok negeri. Pedoman ini juga berperan sebagai perangkat untuk membentuk motivasi yang dapat membantu upaya menciptakan lingkungan yang kondusif dalam perancangan dan pelaksanaan program-program komunikasi tersebut. Kerangka dasar untuk upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang disebutkan dalam *Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS* (STRANAS) telah diperbaharui. Tujuan yang ingin dicapai dalam STRANAS 2007-2010 adalah sebagai berikut:

- Memperluas upaya pencegahan perilaku beresiko tinggi pada populasi kunci;
- Meningkatkan jumlah dan kualitas fasilitas yang menyediakan pelayanan perawatan, dukungan dan pengobatan (*Care, Support and Treatment/CST*), termasuk Konseling dan Tes Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing/VCT*) dan Terapi Antiretroviral (*Antiretroviral Treatment/ART*) bagi pengidap HIV dan AIDS (ODHA);
- Memajukan peran kelompok masyarakat, termasuk ODHA, dalam berbagai upaya pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS;
- Mengembangkan dan meningkatkan kerjasama antar kelompok yang bekerja di bidang HIV dan AIDS;
- Memajukan koordinasi antar berbagai pihak dari pemerintah pusat hingga daerah.

Komunikasi memiliki peran mendasar yang harus dijalankan untuk mencapai tujuan dari STRANAS. Komunikasi Strategis terdiri dari tiga komponen penting: **advokasi**, **mobilisasi sosial** dan **komunikasi perubahan perilaku** (*behaviour change communication/BCC*). **Advokasi** ditujukan khususnya untuk para pembuat kebijakan dan pengambil keputusan serta organisasi dan lembaga yang relevan, agar mereka mengubah sikap dan cara pandang mereka, untuk mengembangkan dan mengimplementasikan kebijakan baru yang dapat mempengaruhi upaya pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV dan AIDS. **Mobilisasi Sosial** adalah proses mendapatkan mitra dan mengembangkan aliansi untuk memperluas respon terhadap HIV dan AIDS. **Komunikasi perubahan perilaku** meliputi pendekatan-pendekatan yang terarah dan terancang baik untuk mengubah perilaku pihak-pihak yang paling terkena dampak dan kelompok yang paling rawan. Istilah-istilah ini akan dibahas lebih dalam, dengan contoh pada Bab IV.

Upaya kita untuk menghentikan penyebaran epidemi HIV dan AIDS lebih lanjut di Indonesia perlu ditingkatkan. Rencana Komunikasi Strategis adalah suatu keharusan. Jika komunikasi gagal, maka keseluruhan program pun akan gagal.

3. Proses Pengembangan Strategi Komunikasi Nasional

Proses pengembangan Strategi Komunikasi Nasional diawali dengan staff

secara berkesinambungan dan responsif.

- Untuk menyediakan metoda kerjasama diantara lembaga-lembaga dan pemangku kepentingan untuk bekerja bersama dengan lebih koheren dan terkoordinasi.
- Untuk memungkinkan terjadinya proses komunikasi, arus informasi dan pembelajaran tentang HIV dan AIDS di Indonesia.

Hasil akhir yang diharapkan dari Rencana Komunikasi ini adalah:

- Berkembangnya penyebaran informasi mengenai HIV dan AIDS seluas mungkin, mengarahkan strategi komunikasi untuk melibatkan komponen perubahan perilaku dan perubahan sosial;
- Menguatnya koordinasi dalam perencanaan dan perancangan berbagai kegiatan komunikasi dan program untuk mencapai tujuan diatas;
- Program komunikasi yang sistematis dengan cakupan dan jangkauan yang luas, yang mana akan secara komprehensif mencapai seluruh populasi kunci, sesuai dengan kebutuhan mereka masing-masing;
- Konsistensi pesan dalam berbagai aktivitas program/komunikasi yang berbeda-beda untuk mencegah kontradiksi dan kebingungan diantara populasi kunci;
- Koherensi diantara program-program yang ada sehingga usaha yang dilakukan akan mendapat hasil yang maksimum dan memungkinkan tercapainya tujuan komunikasi;
- Hasil dapat diukur, baik dari segi cakupan maupun efektivitas/dampaknya.

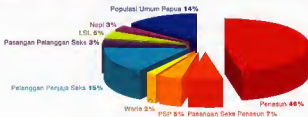
Seperti yang telah disebutkan dalam bagian terdahulu, rencana ini berkaitan dengan peran KPA Nasional untuk memimpin dan mengkoordinasikan seluruh usaha pengendalian HIV dan AIDS di dalam negeri. Dengan rencana ini, KPA Nasional bersama mitra-mitranya akan mengkoordinasikan seluruh lembaga-lembaga nasional yang bekerja di bidang komunikasi agar bekerja menurut kebijakan dan metodologi yang dibuat. Namun demikian, rencana ini hanyalah panduan dalam memfasilitasi kegiatan perancangan, implementasi, pengawasan dan evaluasi program komunikasi. Strategi komunikasi ini bukanlah peta perjalanan yang kaku karena epidemi HIV dan AIDS telah bermanifestasi melalui pola perilaku yang kompleks dan bervariasi di daerah-daerah yang berbeda di Indonesia.

Analisis situasi yang tercantum di bawah ini secara garis besar dimodifikasi dari laporan Indonesia untuk UNGASS, 2006-2007; Aplikasi Indonesia Ronde ke-8 untuk Dana Global untuk AIDS, TB, dan Malaria; dan Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS tahun 2007-2010 yang di dalamnya terdapat data dari Departemen Kesehatan tahun 2006 dan 2007.

1. Populasi Kunci

Laporan UNGASS menyimpulkan bahwa dengan meningkatnya angka penderita baru terjangkit virus HIV di Indonesia, di negara ini terjadi pertumbuhan epidemi yang termasuk terbesar di Asia, walaupun secara agregat, angka prevalensi penderita HIV nasional hanya mencapai 0,16% (Tinjauan HIV dan AIDS oleh Departemen Kesehatan, 2007). Secara resmi, diperkirakan pada 2006 antara 170.000 dan 217.000 dari populasi Indonesia hidup dengan HIV dalam tubuhnya. Epidemi ini tumbuh seiring dengan penggunaan perangkat napza suntik tidak steril, perilaku heteroseks komersial tanpa kondom, dan dalam lingkup yang lebih kecil, hubungan seks sesama laki-laki tanpa kondom (DepKes, 2006). Gambar 1 memberikan representasi visual yang proporsional terhadap kelompok-kelompok yang diperkirakan paling beresiko terinfeksi HIV di Indonesia.

Gambar 1: Perkiraan Populasi yang Terancam Terinfeksi HIV di Indonesia Tahun 2006.



Sumber: Laporan Perkiraan Populasi yang Terancam Terinfeksi HIV di Indonesia Tahun 2006; Departemen Kesehatan, Indonesia.

Walaupun Indonesia secara keseluruhan mengalami pertumbuhan epidemi yang terkonsentrasi pada beberapa kelompok populasi kunci ini, kondisi yang terjadi di kepulauan yang luas ini sangatlah kompleks. Banyak pengguna napza suntik (penasun) yang berkecimpung di dunia prostitusi, baik menjadi konsumen maupun menjadi penaja seks. Pada tahun 2005, kurang lebih seperempat (25%) dari penasun di Bandung, Jakarta, dan Medan mengakui bahwa mereka sering melakukan seks komersil tanpa kondom sepanjang tahun sebelumnya (DepKes dan Biro Statistik Pusat, 2006). Epidemi yang berkembang di populasi laki-laki dan perempuan penasun seringkali tumpang tindih dengan epidemi yang berkembang di antara narapidana. Pada beberapa area, terjadi epidemi yang berkembang antara penaja seks dan para pelanggannya, juga antara para waria dan PSL. Dalam populasi ini, epidemi yang berkembang dipicu oleh tingginya frekuensi hubungan seks tanpa kondom dengan banyak pasangan.

a. Pengguna Narkoba Suntik (Penasun): Diperkirakan terdapat lebih dari 200.000 pengguna heroin suntik di Indonesia; setengah dari jumlah tersebut berdomisili di Pulau Jawa, dan sisanya berdomisili di Bali, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan. Angka total prevalensi HIV penasun diperkirakan sekitar 52%, dengan perbedaan angka di daerah-daerah yang berbeda berkisar dalam jangkaan 43%-56%; dan angka ini tidak mengalami penurunan. Dalam populasi ini, masalah yang dihadapi tidak hanya penyebaran HIV, namun juga Hepatitis B dan C, pneumonia, dan infeksi endokarditis. Prevalensi Hepatitis C diperkirakan berada pada angka 80% dalam populasi penasun. Angka penasun perempuan mencapai 10% dari populasi penasun. Data yang tersedia mengenai pasangan seks tetap dari penasun-penasun ini sangat terbatas, namun pasangan tetap ini berada pada risiko yang sangat besar terhadap infeksi HIV dan juga terdapat risiko penularan HIV ibu ke anak (PIKA) (lihat di bawah).

Terkait dengan hal tersebut adalah epidemi HIV di antara narapidana; 96% diantaranya adalah laki-laki (Departemen Hukum dan HAM, 2007). Narapidana adalah populasi yang terawasi oleh sebuah sistem pengawasan nasional yang ketat, sehingga angka prevalensi selalu tersedia dan terukur: total prevalensi HIV mencapai 12% pada 2002 dan berkisar antara 1% dan 21% di berbagai provinsi (DepKes, 2006). Di Indonesia, terdapat sejumlah 378 penjara umum dan rumah tahanan (rutan) di Indonesia dan 13 penjara khusus untuk yang terlibat penyalahgunaan obat-obatan terlarang. Setiap saat, sistem ini penuh sesak oleh 100.000 tahanan, dan tampungan ini sebenarnya dua kali kapasitas penjara yang normal (Dep. Hukum dan HAM, 2007). Kurang lebih 30% dari tahanan ini ditangkap atas dakwaan mengenai penyalahgunaan obat-obatan terlarang seperti produksi, pengedaran, ataupun kepemilikan atas benda tersebut. Informasi yang didapatkan dari wawancara dengan informan kunci menyimpulkan bahwa setengah dari terpidana tersebut diperkirakan adalah pengguna narkoba suntik. Untuk narapidana sehubungan kasus obat-obatan terlarang ini, antara 20%-30% menggunakan napza suntik saat dipenjara, sementara lebih dari setengah dari para tahanan melaporkan adanya aktivitas seksual.

b. Penjaja Seks Perempuan: Pada tahun 2006, Departemen Kesehatan memperkirakan bahwa sejumlah 221.000 Penjaja Seks Perempuan (PSP) beroperasi di berbagai macam tempat, misalnya lokalisasi pelacuran, tempat hiburan, panti pijat, dan di jalanan. Muncul pergerakan yang cukup signifikan bagi para PSP untuk pindah dan bekerja di pulau-pulau yang berada di daerah Indonesia Timur. Kondisi kerja yang beragam ini berpengaruh kepada angka prevalensi HIV populasi kunci ini, mulai dari 0,5% sampai 15% dengan total prevalensi nasional sejumlah 7,1%. Penularan penyakit kelamin lainnya berada pada angka yang cukup tinggi, yakni prevalensi penyebaran 42% atas setidaknya satu jenis penyakit kelamin di antara PSP pada tahun 2007.

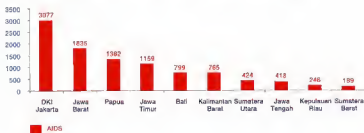
c. LSL dan waria: Perilaku tipe ini biasanya tidak muncul di permukaan dan berbagai metoda penelitian yang berbeda telah mencapai kesimpulan bahwa angka yang menunjukkan jumlah populasi dan persentase populasi yang seropositif tidaklah cukup akurat. Prevalensi HIV untuk LSL dari sistem *sero-surveillance* yang dilakukan di tiga kota yang berbeda mencatat angka dengan kisaran 0% hingga 2,5% (DepKes, 2006). Penelitian ekstensif tentang perilaku seks sesama laki-laki belum dilakukan. Persentase dari komunitas ini yang menyatakan homoseksualitasnya secara terbuka atau mengaku *gay* secara terbuka (sebuah konsep yang pada dasarnya kebarat-baratan) sangatlah kecil. Banyak dari laki-laki yang berhubungan sesama jenis diklasifikasikan sebagai biseksual karena seringkali mereka menikah dengan perempuan dan memiliki keluarga. Bagaimanapun, jumlah dari populasi ini tidak pernah berhasil terkuantifikasi secara akurat.

Penggabungan kata 'wanita' dan 'pria' dalam bahasa Indonesia, yakni 'waria', adalah istilah yang telah umum digunakan selama beberapa tahun untuk menyebut pelaku perilaku transvestitisme. Walaupun identitas dan perilaku seksual merupakan sesuatu yang kompleks, laki-laki transvestit (laki-laki berpakaian dan berperilaku seperti perempuan) mengidentifikasikan diri mereka sendiri menggunakan istilah 'waria'. Populasi yang mengidentifikasikan dirinya sebagai 'waria' diperkirakan berjumlah 28.000 orang di Indonesia. Penjaja seks di jalanan adalah jenis pekerjaan yang biasanya dilakoni oleh waria di berbagai kota. Prevalensi HIV dalam populasi ini, disurvei di 29 kotamadya/kabupaten, berkisar pada angka 0% hingga 34,8% (DepKes, 2006). Epidemi penyakit kelamin lainnya pada populasi waria merupakan masalah yang serius, karena 47% dari populasi ini menderita setidaknya satu jenis penyakit kelamin (DepKes, 2006)

d. ODHA: Pada tahun 2006, 193.000 orang diperkirakan mengidap HIV di Indonesia (kisaran: 169.230 - 216.820) (DepKes, 2006). Dan pada tahun 2008 jumlah kasus AIDS terbesar berada di 10 provinsi (lihat Grafik 1). Pada tahun 2008, DepKes memperkirakan bahwa 29.500 orang memerlukan ART. Pada bulan April 2008, 9.009 orang telah melakukan pengobatan dengan mengkonsumsi obat ARV. Angka akurat dari penderita HIV yang terdaftar dalam sistem perawatan HIV adalah 27.657 orang pada tahun 2008. Dari angka tersebut, 16.345 orang

secara medis berhak untuk menjalani ART. Masalah dari terlambatnya mendapat perawatan HIV menjadi kendala yang cukup berarti dan merupakan sebab kematian yang tinggi (22% dari 12.000 orang yang pernah menerima ARV). Diperkirakan bahwa ada 1.217 anak di bawah 14 tahun yang mengidap HIV dan 518 diantaranya menerima ART.

Grafik 1: 10 Provinsi dengan Angka Kasus AIDS terbesar tahun 2008.



Stigma dan diskriminasi terhadap sub-populasi berperilaku risiko tinggi (LSL, pengguna narkoba suntik, dan pekerja seks) adalah sebuah tantangan dan menjadi halangan utama dalam menyukseskan pencegahan penularan HIV dan perawatan dan penanganan AIDS. Populasi kunci yang berada pada zona berperilaku risiko tinggi mengalami diskriminasi, dipinggirkan, dan dihukum secara kriminal oleh hukum-hukum yang sifatnya mendua. Stigma atas HIV dan diskriminasi melemahkan sistem respons yang bisa dilakukan Indonesia terhadap epidemi ini, membangun semacam perisai psikologis yang menahan pengidap HIV dan AIDS untuk menggunakan berbagai fasilitas layanan yang dibutuhkan, misalnya VCT. Diskriminasi ini mempengaruhi akses terhadap pekerjaan, layanan sosial, pendidikan dan kesehatan.

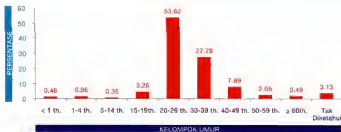
KPA Nasional telah menyatakan dalam STRANAS tahun 2007-2010 bahwa "jika respons terhadap HIV dan AIDS tidak ditingkatkan secara signifikan, maka pada tahun 2010 angka kasus AIDS akan naik dan mencapai 400.000 kasus, dengan kematian 100.000 orang disebabkan AIDS; sementara pada 2015 angkanya bisa mencapai 1.000.000 kasus, dengan kematian 350.000 orang. Risiko terbesar penyakit HIV dan AIDS akan terus menyebar di antara anggota subpopulasi yang memiliki risiko terjangkit HIV yang tinggi, dan juga kepada pasangan seksual dari anggota subpopulasi tersebut. Diperkirakan pada 2015, total kumulatif 38.500 anak akan menjadi positif HIV disebabkan penularan dari ibu ke anak."

2. Populasi Umum

a) Laki-laki sebagai pelanggan Penjaja Seks Perempuan (PSP): Diperkirakan bahwa terdapat lebih dari tiga juta laki-laki di Indonesia yang merupakan pelanggan PSP (kisaran: 2.342.660 – 3.981.180) (DepKes, 2006). Laki-laki yang mengkonsumsi komoditi seks yang ditawarkan PSP merupakan "populasi penghubung" yang menjembatani populasi kunci yang berisiko-tinggi-terjangkit-HIV dan populasi umum; karenanya, populasi ini memegang peran yang penting dalam penyebaran HIV. Komunitas yang secara umum teridentifikasi dalam populasi ini adalah supir truk, nelayan, penjaja, buruh bangunan, dan tentara. Mereka adalah kelompok laki-laki yang membeli seks secara langsung dari PSP. Komunitas lain adalah para pebisnis dan pejabat/pegawai negeri yang juga merupakan pelanggan dari PSP yang bekerja secara terselubung. Bagaimanapun, prevalensi HIV dan penyakit kelamin lainnya belum dapat dimonitor secara ekstensif dalam populasi laki-laki ini dan perilaku seksualnya belum secara sistematis ditelusuri. Di Indonesia, rasio kasus HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 4:1. Persentase infeksi terbesar adalah kelompok usia 20-29 tahun, yakni 24,05%, seperti yang diperlihatkan oleh Grafik 2.

STRANAS 2007-2010 KPA Nasional menggarisbawahi tiga masalah utama lainnya (Bagian 1.4.4, 1.5.4, 1.5.5) yang menyangkut perilaku berisiko HIV dan AIDS di Indonesia: pembangunan fisik yang berlangsung di daerah urban dan langkanya lapangan pekerjaan di daerah suburban/pinggiran sehingga mengakibatkan tingkat urbanisasi yang cukup tinggi. Sektor industri dan konstruksi kebanyakan didominasi oleh pekerja laki-laki, sementara penyedia jasa kebutuhan domestik didominasi oleh pekerja perempuan. Dominasi sektor-sektor yang berbeda oleh masing-masing jenis kelamin ini menghasilkan angka mereka yang hidup tidak dengan pasangannya yang cukup besar, sehingga meningkatkan kemungkinan individu-individu ini untuk berperilaku risiko tinggi tertular HIV. Perbaikan infrastruktur transportasi juga mempunyai peran dalam menaikkan mobilitas populasi. Migrasi antar negara memiliki potensi untuk mempercepat laju penyebaran HIV dan AIDS. Jumlah tenaga kerja Indonesia (TKI) yang dikirim ke luar negeri terus meningkat tahun ke tahun, di mana mayoritas dari TKI yang dikirim berusia sangat muda dan mempunyai pengetahuan dan kesadaran yang sangat sedikit terhadap HIV dan AIDS.

Grafik 2: Persentase Kumulatif Kasus AIDS di Indonesia berdasarkan Kelompok Umur, Maret 2008.



b) Perempuan sebagai pasangan seks tetap: Istilah "perempuan" sebagai "pasangan seks tetap, dalam konteks ini mengacu kepada istri ataupun pasangan permanen tanpa-nikah dari laki-laki dengan perilaku berisiko-tinggi. Biasanya kelompok ini memiliki kesamaan dalam hal risiko yang mereka hadapi disebabkan karena perilaku berisiko-tinggi yang dilakukan pasangan mereka. Sebagian dari perempuan ini adalah ibu rumah tangga dan sebagian lainnya memiliki profesi lain. Di dusun-dusun dan kampung, kebanyakan dari perempuan ini berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi keluarganya, biasanya dalam bentuk usaha yang berkenaan dengan bidang pertanian ataupun aktivitas bisnis rumahan dan juga pemasaran dari produk-produk ini.

c) PIKA (Penularan Ibu ke Anak): Pada tahun 2006, diperkirakan bahwa total 4.360 anak-anak positif terinfeksi HIV yang ditularkan dari ibu mereka yang juga positif HIV; setengah dari anak-anak ini telah meninggal dunia. Risiko terbesar HIV dan AIDS akan terus menghantui anggota subpopulasi dengan risiko penularan HIV tinggi, dan juga kepada pasangan dari anggota subpopulasi ini. Diperkirakan pada 2015, total kumulatif 38.500 anak akan menjadi positif HIV disebabkan transmisi HIV ibu-anak.

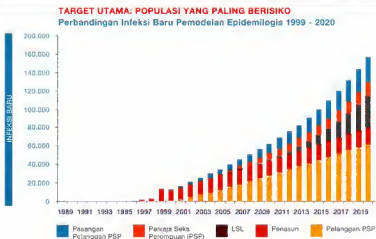
d) Generasi muda: Hampir 30% dari populasi Indonesia berada pada kelompok umur 10-24 tahun. Remaja berusia belasan tahun dan pemuda-pemudi ini memiliki peran yang amat penting dalam respons terhadap HIV dan AIDS. Fakta bahwa 57.8% dari kasus AIDS yang terjadi di 2006 melibatkan remaja dan pemuda-pemudi berusia 15-29 secara signifikan menunjukkan bahwa kelompok ini secara spesifik sangat rentan terhadap HIV. Walaupun demikian, mereka bukanlah sebuah populasi kunci yang spesifik. Kebanyakan dari pengguna narkoba adalah remaja dan pemuda-pemudi. Inilah kelompok yang harus menjadi target spesifik dari pendidikan ekstensif dan kampanye sehingga anggota kelompok ini dapat mencegah diri mereka sendiri dari menjadi anggota subpopulasi berperilaku

risiko-tinggi. Selain penasin, perilaku seksual yang prematur dan berfrekuensi-tinggi meningkatkan risiko infeksi HIV.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa remaja mengalami pengalaman seksual pertama mereka pada umur 13 hingga 15 tahun. Penemuan seperti ini mengejutkan banyak sekali orang dewasa termasuk guru dan orangtua, yang seringkali mencegah penyampaian informasi mengenai kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi kepada remaja yang sebetulnya membutuhkannya. Kebanyakan dari program keterampilan hidup dan kesehatan reproduksi di Indonesia terfokus untuk diberikan kepada kelompok umur yang lebih tua seperti remaja usia SMA ke atas. Namun, bukti dari penelitian menunjukkan dengan jelas bahwa informasi mengenai seks ini harus diberikan kepada remaja dengan usia yang lebih muda. Mereka yang tidak meneruskan sekolah setelah tamat SD tidak akan mendapatkan pengetahuan mengenai perencanaan hidup ini, yang mengandung informasi mengenai kesehatan reproduksi dan HIV dan AIDS. Sehingga, informasi mengenai hal-hal ini idealnya diberikan kepada anak usia SD.

Risiko yang terkandung dalam perilaku penggunaan napza suntik secara sembarangan dan berbagai pola perilaku seks yang tanpa kondom menghasilkan risiko beririsan di mana perilaku seks menjadi sangat penting. Dalam waktu singkat, HIV diprediksikan tersebar secara predominan melalui hubungan seksual (lihat Grafik 3).

Grafik 3: Sumber Infeksi HIV di Masa Lalu, Masa Kini, dan Masa yang Akan Datang, 1999-2020.



Sumber: DepKes, 2008.

Ada situasi yang harus diperhatikan secara seksama yang sedang terjadi di provinsi Papua dan Papua Barat, atau Tanah Papua. Di Tanah Papua, HIV memanifestasikan penyebarannya sebagai epidemi yang terjadi secara general dalam populasi yang didominasi ras Melanesia ini. Cara penularan HIV yang utama terjadi adalah melalui hubungan seks tanpa kondom yang dimulai pada umur yang sangat muda. Pada survei provinsi berdasarkan populasi yang dilakukan pada tahun 2006, prevalensi HIV pada orang dewasa berada pada angka 2,4% dan mencapai 3,2% pada dataran-dataran tinggi yang terisolir dan 2,9% pada daerah dataran rendah yang belum terjamah. Dalam kelompok umur 15-24 tahun, prevalensi HIV berada pada angka 3% (IBBS, 2006). Epidemi yang memasuki populasi umum di Tanah Papua ini harus diperhatikan karena penggunaan napza suntik sangatlah jarang terjadi di kedua provinsi ini.

3. Pengetahuan soal HIV, AIDS, dan Sumber Informasi

Tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap HIV dan AIDS merupakan faktor yang sangat penting dalam menyukseskan usaha pencegahan penyebaran penyakit tersebut. Untuk populasi umum, ringkasan analisis mengenai pengetahuan dan kesadaran masyarakat diberikan di **Lampiran 2 dan 3**. Dari tabel-tabel ini dapat dilihat bahwa hanya 52,5% dari para remaja putri dan 45,9% dari para remaja putra usia 15-19 tahun di Indonesia pernah mendengar soal AIDS. Persentase ini meningkat untuk kelompok usia 20-24 tahun, yakni 68,8% untuk perempuan dan 68,7% untuk laki-laki, meningkat lagi pada kelompok umur 25-29 (71,8% untuk perempuan dan 79,4% untuk laki-laki), dan mengalami penurunan dalam kelompok umur 30-49. Pada isu-isu spesifik seperti pengetahuan mengenai cara mencegah AIDS – penggunaan kondom, membatasi kontak seksual hanya pada satu pasangan yang belum terinfeksi, tidak melakukan hubungan seks (abstain dari seks); pengetahuan yang dimiliki oleh remaja berusia 15-19 tahun ternyata juga merupakan yang paling sedikit, khususnya remaja putri, seperti terlihat di **Lampiran 3**.

Hal yang disebutkan di atas mengindikasikan bahwa penggalakan informasi dan komunikasi mengenai AIDS sangat dibutuhkan untuk melindungi kaum muda dari bahaya infeksi HIV dan AIDS. Kelompok umur inilah yang bereksperimen dengan obat-obat terlarang dan juga hubungan seksual sehingga merupakan kelompok yang paling berisiko akan mendapatkan pola hidup yang berujung pada infeksi HIV.

Untuk populasi kunci, data keseluruhan terbaik yang didapatkan mengenai pengetahuan soal HIV dan AIDS dan perilaku populasi kunci di Indonesia mungkin adalah data Laporan UNGASS 2006-2007 dari KPA Nasional; halaman 15 dan 16; indikator 14, 18, 19, 20, dan 21 (lihat **Tabel 1** di bawah). Dapat dilihat dari data-data ini bahwa penasun relatif lebih baik dalam melindungi

diri mereka dari transmisi HIV. Secara keseluruhan 82% penasun dilaporkan menggunakan peralatan suntik yang steril dan 58,3% menemukan cara untuk mencegah transmisi HIV melalui hubungan seksual dan menolak miskonsepsi umum mengenai transmisi HIV. Pada indikator kelompok kedua, angkanya hanya sebesar 41,6% dari kelompok LSL dan hanya 28,5% yang menjawab dengan tepat. Pada sisi yang lain, 68,6% dari penaja seks laki-laki dan perempuan melaporkan bahwa mereka menggunakan kondom terakhir kali mereka berhubungan seks dengan pelanggan mereka. Bagaimanapun, hanya 39,3% dari LSL melaporkan penggunaan kondom terakhir kali mereka berhubungan seks dengan pasangan lelaki mereka dan hanya 33,9% dari penasun menggunakan kondom terakhir kali mereka berhubungan seks. Angka penggunaan kondom yang masih rendah ini menunjukkan bagaimana HIV menyebar di populasi umum.

4. Layanan Perawatan, Dukungan dan Pengobatan

Membangun kesadaran dan kebutuhan masyarakat akan adanya fasilitas layanan tes, perawatan, dukungan, dan pengobatan melalui jaringan komunikasi merupakan hal yang tidak bermanfaat, kecuali fasilitas layanan ini sudah tersedia. Sistem layanan kesehatan di Indonesia terdiri atas layanan kesehatan pemerintah dan swasta. Mengenai jangkauan VCT, anggota populasi kunci berisiko-tinggi yang pernah melakukan tes HIV, hanya berada dalam angka 3,9% untuk kelompok LSL dan 15% untuk kelompok penasun. (DepKes, 2006).

Persentase anggota populasi kunci yang telah melakukan tes HIV dan mengetahui hasilnya telah meningkat menjadi dua kali lipat dibanding persentase periode sebelumnya (2004-2005). Detail dari angka ini adalah: Penaja Seks, dari 14,8% menjadi 30,97%; LSL, dari 15,4% menjadi 31,01%; dan penasun, dari 18,1% menjadi 35,9%. Sementara Departemen Kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan obat antiretroviral (ARV) untuk pasien yang membutuhkannya, implementasi program layanan perawatan, dukungan, dan penanganan AIDS pada intinya membutuhkan keterlibatan sistem layanan kesehatan pemerintah pada pusat kesehatan di tingkat kecamatan, dengan partisipasi dari sektor rumah sakit dan praktisi medis swasta.

KPA Nasional telah menyatakan dalam STRANAS 2007-2010 (bagian 1.5.6) bahwa: Meningkatkan ketersediaan dan kualitas layanan medis dan perawatan untuk jumlah pengidap HIV yang terus meningkat merupakan hal yang harus dijadikan prioritas utama. Pada akhir 2006, fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien yang membutuhkan perawatan, pengobatan, dan dukungan, telah dikembangkan secara kuantitas seiring dengan naiknya jumlah infeksi HIV. 75 rumah sakit sekarang telah mampu menyediakan perawatan dan pengobatan ARV, dengan fasilitas cukup yang memungkinkan diagnosis dan pengawasan terhadap pengobatan.

Usaha untuk melibatkan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebagai bagian dari gerakan agar layanan kesehatan berada lebih dekat dengan mereka yang membutuhkan telah dimulai. Meningkatkan pendidikan yang didapatkan oleh pekerja/staf medis dan sistem kesehatan harus dikoordinasikan sehingga mereka mampu menyediakan pencegahan dan layanan pengobatan, mengatur pengobatan ARV, mengobati infeksi HIV oportunistik, memberikan dukungan psikososial, dan memperbaiki kualitas gizi ODHA. Program peningkatan kapasitas layanan kesehatan tidak hanya melingkupi syarat-syarat pemenuhan berupa jumlah persediaan obat yang harus cukup, namun juga meningkatkan kualitas seperti kerahasiaan dan informasi layanan kesehatan. Kemungkinan terjadinya resistensi terhadap obat ARV lini kesatu harus diantisipasi melalui pengawasan pengobatan ARV yang baik dan penyediaan obat ARV lini kedua.

Tabel 1: Pengetahuan dan Perilaku populasi kunci mengenai HIV dan AIDS

INDIKATOR	JUMLAH				SUMBER DATA
14. Persentase populasi yang beresiko tinggi baik yang benar mengidentifikasi pencegahan penularan HIV maupun yang salah.		PSP (%)	PSL (%)	Penasun (%)	IBBS MARPs, FHI & CDC, MoH 2007
	Laki-laki	37,1			
	Perempuan	26,2			
	Semua	28,5			
	< 25	27,5	35,8	51,4	
	≥ 25	29,0	45,8	61,4	
	Semua	28,5	41,6	58,3	
18. Persentase dari PSP dan PSL yang melaporkan penggunaan kondom dengan pelanggannya yang terakhir.		Laki-laki = 72,0			IBBS MARPs, FHI & CDC, MoH 2007
		Perempuan = 67,7			
		Semua = 68,6			
		< 25 = 65,3			
		≥ 25 = 70,2			
		Semua = 68,6			
19. Persentase laki-laki yang melaporkan menggunakan kondom pada saat terakhir kali mereka melakukan anal seks dengan pasangan laki-laki.		< 25 = 41,9			IBBS MARPs, FHI & CDC, MoH 2007
		≥ 25 = 37,3			
		Semua = 39,3			
20. Persentase dari para pemakai yang melaporkan penggunaan kondom terakhir pada saat berhubungan sex.		Laki-laki = 34,0			IBBS MARPs, FHI & CDC, MoH 2007
		Perempuan = 30,2			
		Semua = 33,9			
		< 25 = 29,1			
		≥ 25 = 36,1			
		Semua = 33,9			
21. Persentase pengguna napza suntik yang melaporkan menggunakan peralatan steril pada saat terakhir menggunakannya.		Laki-laki = 81,7			IBBS MARPs, FHI & CDC, MoH 2007
		Perempuan = 88,7			
		Semua = 82,0			
		< 25 = 82,5			
		≥ 25 = 81,7			
		Semua = 82,0			

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Nasional, Laporan UNGASS 2006-2007.

5. Budaya dan Jender

STRANAS 2007-2010 (butir 1.5.1) menjelaskan bahwa: sifat dasar masyarakat Indonesia memiliki pengaruh yang signifikan dalam menentukan laju pertumbuhan epidemi. Banyak kelompok terus menerus mengeluhkan promosi penggunaan kondom dalam melakukan seks yang aman. Komunikasi intra-pasangan mengenai kebutuhan seks mereka, ditambah dengan dependensi perempuan terhadap laki-laki baik secara emosional maupun untuk kebutuhan sosioekonomis mereka, mengurangi kemampuan perempuan untuk menegaskan kebutuhan atas seks yang aman. Faktor-faktor ini dipersulit lagi oleh tingginya angka kekerasan seksual di beberapa tipe komunitas, dan juga dipersulit oleh adanya fakta bahwa remaja memulai berhubungan seks pada umur yang jauh lebih muda dibanding apa yang diketahui dan dipercayai oleh para orang tua, guru, dan orang dewasa.

Fakta bahwa mendiskusikan soal isu seksual dianggap tabu membuat penyampaian pendidikan seks kepada remaja cukup sulit dan menyulitkan masuknya pendidikan seks ke dalam kurikulum sekolah. Opini negatif tentang hubungan seks sesama jenis menghasilkan individu dan kelompok yang menolak adanya bahaya yang nyata dan terjadi. Banyak laki-laki yang selain berhubungan seks dengan laki-laki, juga berhubungan seks dengan perempuan, sehingga meningkatkan risiko penyebaran HIV kepada perempuan dan juga anak-anak mereka. Walaupun kondom dapat diperoleh secara cukup mudah, pandangan masyarakat yang belum bisa menerima kondom menyebabkan penggunaannya menjadi sangat terbatas. Penggunaan alkohol dan zat adiktif lainnya oleh kaum remaja seringkali menyebabkan hilangnya kontrol mereka atas tindakan yang mereka lakukan sehingga berujung kepada kekerasan seksual dan beragam bentuk perilaku berisiko-tinggi lainnya.

6. Penggunaan Kondom, IMS, dan Sunat pada Laki-laki

Industri seks komersial di Indonesia adalah industri yang aktif, dengan mobilitas penaja seks dan pelanggan yang cukup tinggi, sementara penggunaan kondom masih saja tidak populer. Seks komersial dan seks tanpa kondom dengan berganti-ganti pasangan yang dilakukan oleh komunitas LSL masih menjadi cara infeksi yang cukup signifikan. Waria, yang merupakan irisan dari kedua kategori ini menunjukkan terjadinya infeksi HIV dan penyakit kelamin lainnya dalam kelompok ini pada tingkat yang memprihatinkan. Pasangan tetap dari penaja seks laki-laki dan perempuan, pasangan mereka, dan penasun berkembang menjadi kelompok yang secara signifikan paling terancam oleh HIV; sementara kelompok perempuan positif-HIV yang hamil, walaupun masih kecil secara statistik populasi, terus menunjukkan kenaikan sehingga tampaknya epidemi ini masih akan terus berlanjut dan membesar. Walaupun banyak sekali langkah telah dilakukan untuk mempromosikan perilaku seks yang aman, kondom masih saja dijegal promosinya oleh berbagai penghalang.

Laporan UNGASS mencatat bahwa: Persentasi penasun yang menggunakan kondom ternyata lebih rendah dari populasi berperilaku risiko tinggi lainnya. Hanya 33,9% dari penasun yang menggunakan kondom terakhir kali mereka berhubungan seks; sebuah angka yang kecil jika dibandingkan dengan penaja seks yang mencapai angka 68,6% dan LSL yang mencapai 39,3%. Promosi kondom masih saja dibatasi oleh berbagai halangan di Indonesia, di antaranya adalah kecilnya dukungan politis atas program-program implementasi kondom. Walaupun program promosi kondom didukung oleh legislasi dan peraturan pemerintah daerah dan lokal, peraturan ini tidak berujung pada penegakannya. Situasinya cukup berbeda dengan negara-negara Asia lain yang memiliki program 100% kondom, dan perbedaan ini mungkin disebabkan oleh pandangan religius yang cenderung konservatif sehingga menghalangi implementasi penggunaan kondom. Banyak sekali politisi menghindari risiko menjadi kurang populer di mata masyarakat yang cenderung masih konservatif jika mereka memosisikan diri mereka sebagai pendukung sebuah program/penegakan aturan pro-kondom.

Tradisi kultural lain yang ternyata menjadi sangat penting adalah rendahnya prevalensi sunat di antara laki-laki Tanah Papua. Sunat kelamin laki-laki telah secara konklusif terbukti mengurangi risiko transmisi HIV karena kulup penis yang belum disunat sangatlah rentan terhadap infeksi HIV. Hanya 5% dari populasi laki-laki etnik Papua yang disunat, sebuah angka yang sangat kecil dibandingkan dengan populasi laki-laki yang disunat dari etnik non-Papua yang mencapai 70%. Prevalensi HIV di antara penduduk setempat yang mempunyai pasangan non-permanen dan disunat hanyalah 1%, dibanding dengan pasangan non-permanen yang tidak disunat yang mencapai 5,6%. Asumsi ini tidak menutup kemungkinan bahwa ada ko-faktor lain yang tidak dimasukkan dalam korelasi sederhana ini. Walaupun begitu, tampaknya cukup jelas bahwa tidak adanya budaya sunat merupakan penemuan yang bisa menjadi cukup berarti jika dapat dijadikan arah untuk melakukan intervensi. Populasi laki-laki beragama Kristen/Katolik yang disunat cukup banyak tersebar di dunia ini, di antaranya adalah Filipina, Amerika Utara, dan beberapa bagian dari Afrika. Sehingga, dengan advokasi dan peningkatan pendidikan yang memadai, sunat tidak harus diasosiasikan hanya dengan agama Islam di Indonesia. Pada kenyataannya, BKKBN cabang Papua telah berencana menggalakkan sunat sebagai salah satu program kesehatan yang ingin disebarluaskan kepada masyarakat, termasuk untuk masyarakat Kristen/Katolik.

7. Desentralisasi dan Otonomi Daerah

STRANAS 2007-2010 (bagian 1.5.8) menjelaskan bahwa: proses desentralisasi dan pemberian otonomi daerah bertujuan untuk meningkatkan kondisi masyarakat, termasuk sektor kesehatan. Otonomi daerah memberikan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk merencanakan dan melaksanakan program yang betul-

betul dibutuhkan oleh daerah tersebut, alih-alih mengimplementasikan program-program generik yang dicanangkan pusat, seperti yang terjadi sebelum diberikannya otonomi daerah. Hal ini juga memberikan keleluasaan bagi respons terhadap HIV dan AIDS. Program yang dibuat oleh pemerintah daerah dapat disesuaikan dengan kebutuhan daerah tersebut. Mengambil contoh dari Komitmen Sentani, beberapa provinsi dan kotamadya/kabupaten, telah memberikan perhatian yang cukup besar terhadap epidemi HIV dan AIDS yang terjadi di daerah mereka masing-masing. Bagaimanapun, kebanyakan dari pemerintah daerah sampai sekarang masih belum mampu mempertimbangkan pentingnya situasi yang memprihatinkan ini dan belum menjadikan respons terhadap HIV dan AIDS sebagai salah satu prioritas mereka, walaupun statistik yang diajukan sangatlah mengkhawatirkan. Advokasi yang diarahkan kepada pemerintahan daerah harus ditingkatkan dalam usaha memastikan bahwa Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di daerah tersebut dapat diperkuat dan disediakan pendanaan yang cukup dan bantuan dalam bentuk lainnya.

8. Dampak terhadap Ekonomi dan Masyarakat secara Nasional

Strategi Nasional 2007-2010 (bagian 1.2.3) melaporkan bahwa: "Karena HIV secara tak proporsional memengaruhi kaum muda dan mereka yang berada pada usia produktif (94% dari kasus HIV yang terjadi menimpa kelompok umur produktif antara 19-49 tahun), epidemi HIV dan AIDS akan berpengaruh besar terhadap ketersediaan dan produktivitas tenaga kerja, juga berimbas kepada problem kemiskinan yang bertambah parah dan disparitas ekonomi yang disebabkan oleh imbas dari epidemi HIV dan AIDS terhadap individu dan juga ekonomi negara. Dari perspektif individu, terjangkit HIV akan berarti tidak bekerja selama beberapa hari, sehingga mengurangi kesempatan untuk memastikan gaji yang lebih baik; juga berkurangnya jangka hidup yang produktif. Konsekuensi yang terjadi pada individual ini berimbas lebih jauh kepada keluarga dan masyarakat dari individu tersebut. Efek terhadap industri meliputi berkurangnya pendapatan dan produktivitas yang disebabkan rendahnya kemauan dan kemampuan kerja dari pegawai yang terjangkit HIV, tingkat cuti sakit dan cuti karena alasan penting yang lebih tinggi untuk anggota-anggota keluarga yang sakit, penggantian pegawai yang lebih cepat dan berkurangnya pegawai berpengalaman, dan penurunan produktivitas yang disebabkan terus-menerusnya dipekerjakan pegawai baru tanpa pengalaman, juga biaya yang harus dikeluarkan untuk melatih pegawai baru. HIV dan AIDS juga mempunyai peran dalam mengurangi motivasi dari pegawai untuk bekerja (disebabkan takut didiskriminasi, kehilangan kolega, dll), selain juga mengurangi pendapatan karena gaji yang dipotong oleh pengeluaran biaya pengobatan dari klinik perusahaan, pengambilan pensiun dini, sehingga mengurangi jumlah pendapatan secara keseluruhan dan menaikkan biaya asuransi. Sehingga, pada akhirnya, penggalakan program pencegahan HIV di area kerja dan perusahaan yang melibatkan baik pegawai maupun pemilik perusahaan sangatlah penting."

KPA Nasional lebih jauh menyatakan: "Pertumbuhan ekonomi akan secara signifikan terganggu saat epidemi HIV berkembang menjadi kemiskinan yang lebih serius, sehingga meningkatkan disparitas sosial dan tingkatan kecemburuan sosial. Kemiskinan adalah faktor besar yang mendorong orang untuk melakukan perilaku risiko-tinggi. --- Diskriminasi dan stigma yang telah dicapkan oleh masyarakat terhadap pengidap HIV akan memiliki imbas yang cukup berarti terhadap masyarakat. Pengidap HIV dapat menjadi kesulitan mengakses pengobatan dan diasingkan oleh masyarakat. Mereka dapat kehilangan pekerjaan mereka dan sumber penghidupan mereka, yang pada akhirnya akan meningkatkan ketegangan sosial. Banyak sekali pasangan yang bercerai karena salah satu dari mereka terbukti positif-HIV. Tingginya jumlah anak yang terinfeksi ataupun terpengaruh oleh HIV dan AIDS akan meningkatkan problem sosial lebih jauh dengan caranya sendiri. Sehingga, usaha-usaha untuk mendorong keterbukaan dan mengakhiri segala bentuk stigmatisasi dan diskriminasi dalam masyarakat terhadap penderita HIV dan AIDS menjadi sangat penting untuk dilakukan."

9. Analisis Sebab-Akibat

Seperti yang telah dinyatakan sebelumnya, sebab-sebab epidemi HIV dan AIDS di Indonesia merupakan gabungan berbagai faktor yang sangat kompleks. Melihat faktor-faktor ini dalam susunan yang teratur seperti yang ditunjukkan dalam Figur 2 di bawah sangatlah membantu: Sebab-sebab fundamental yang berhubungan dengan faktor sosiokultural, religius, politis, dan ekonomis – faktor yang sudah berakar dan sulit diganti dalam waktu singkat; Sebab-sebab tidak langsung yang merupakan faktor pada level infrastrukural dan organisasi, yang disebabkan oleh alasan-alasan dasar; dan sebab-sebab langsung yang secara langsung bertanggung jawab terhadap penyebaran HIV, yang merupakan manifestasi dari segala faktor di bawah. Selain HIV, infeksi penyakit lain dan kehamilan yang tak diinginkan juga dapat diklasifikasikan sebagai manifestasi dari problem yang sama. Hasil dari HIV di masyarakat adalah, tentu saja, AIDS. dan sederet lain masalah sosial, ekonomi, dan kesehatan yang memberi imbas balik dan kembali menjadi sebab terhadap sebab-sebab fundamental dalam satu siklus yang tak berujung.

Analisis berbentuk diagram ini dilakukan untuk mengerti situasi dimana intervensi komunikasi diharapkan dapat memainkan peran untuk mengubah situasinya. Tentu saja akan lebih mudah untuk menanggulangi sebab-sebab langsung yang terlihat di permukaan. Namun, perubahan sosial dan pola perilaku yang berkesinambungan tampaknya tidak mungkin terjadi tanpa menanggulangi sebab-sebab epidemi yang tak langsung, berada di bawah permukaan, dan struktural, dan juga menanggulangi sebab-sebab fundamentalnya. Saat komunikasi merupakan kunci yang berperan pada tingkat dasar, perubahan dalam penyediaan layanan,

infrastruktur, struktur hukum dan peraturan pemerintah pun harus dilaksanakan. Program komunikasi dapat menjadi katalis untuk perubahan ke arah yang lebih baik.

Harus digarisbawahi bahwa diagram di bawah adalah versi dari pengarah kausal yang tersimplifikasi, biasanya dari tingkat dasar lalu bergerak ke atas, dan terdapat interaksi antara faktor-faktor di sebelah kiri dan faktor-faktor di sebelah kanan dan sebab-sebab tak langsung dan fundamental yang berada dalam lingkaran mereka masing-masing. Interaksi ini adalah bahwa faktor-faktor yang menyebabkan infeksi HIV melalui hubungan seks tanpa kondom biasanya berhubungan dengan faktor-faktor yang menyebabkan infeksi HIV melalui jarum suntik.

Pemetaan sebab-sebab secara pasti merupakan hal yang sangat kompleks. Cukuplah jika dikatakan bahwa diagram di bawah ini merepresentasikan arahan umum analisis kausalitas bagi rancangan program.

Gambar 2 – Analisis Sebab-Akibat HIV dan AIDS di Indonesia

HASIL

Berkurangnya angka harapan hidup, Berkurangnya tenaga kerja ahli, Kefesuan makro-ekonomi, Pengesampingan individu/asas oleh masyarakat sosial, pengurangan pemasukan keluarga, ancaman pangan rumah tangga, malnutrisi, stress, depresi, bunuh diri, meningkatnya penyalahgunaan narkoba dan alkohol, yatim piatu dan anak jalanan, buruh anak, kriminalitas, penyakit anak, penurunan produktivitas, krisis keluarga, beban besar pada layanan kesehatan dan dinas sosial, stigma dan diskriminasi, TB dan infeksi oportunistik lainnya, transmisi HIV ibu-anak, transmisi terhadap pasangan seks tetap.

MANIFESTASI

HIV dan AIDS.

Infeksi Menular Seksual – Hepatitis – Infeksi lainnya.

SEKS TANPA KONDOM

NARKOBA SUNTIK TANPA JARUM STERIL

Seks komersial, gonta-ganti pasangan, seks anal, penggunaan kondom tak beraturan, minimnya budaya sunat di Papua, perkosaan, eksplorasi seks pada usia muda

Informasi/pendidikan seks dan kesehatan reproduksi yang tak memadai, persepsi rendahnya risiko, mitos bahwa "pasangan tetap" pasti aman, kemampuan life skill dan kepercayaan diri yang rendah secara kognitif maupun psikososial, kemampuan meminta layanan kesehatan yang lemah, kurangnya partisipasi, stigma terhadap pekerja seks, MSM, waria, dan penderita HIV dan AIDS, tekanan teman, buruknya komunikasi intra-pasangan, kurangnya dukungan dan bimbingan dari orangtua/keluarga.

Layanan sosial seperti Kespo/ IMS/ VCT yang tak ramah/sulit dijangkau/ mahal, akses yang sulit terhadap kondom dan pelumas.

SEBAB LANGSUNG

Jarum tak steril yang terinfeksi HIV, pemakaian jarum beramal-ramal.

Harga obat dan jarum suntik yang tak terjangkau, kecanduan alkohol dan obat-obatan terlarang, sikap apatis/fatalistik, stigma, mudah menyerah, penindasan oleh otoritas lokal, penindasan hak.

SEBAB TAK LANGSUNG

Minimnya layanan pendidikan dan rekreasional, minimnya perlindungan hukum, minimnya tanggung jawab sosial, minimnya figur panutan yang positif, pengaruh teman, minimnya dukungan dari lingkungan dan norma sosial, minimnya layanan diagnostik, eksploitasi, pengangguran.

SEBAB DASAR

Tabu budaya dan sosial dalam soal seks dan seksualitas, ketidaksetaraan gender, struktur sosial dan layanan kesehatan yang vertikal, disparitas ekonomi, alokasi sumber daya yang tidak tepat guna, migrasi dan mobilitas, pengangguran, desentralisasi yang terlalu cepat, tak adanya dukungan politis.

Strategi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2007-2010 Komisi AIDS Nasional telah menjelaskan keseluruhan tujuan program dari respon nasional terhadap HIV dan AIDS di Indonesia, yaitu sebagai berikut:

Tujuan Umum Respon terhadap HIV dan AIDS

Mencegah dan mengurangi penyebaran HIV, meningkatkan kualitas hidup orang-orang yang hidup dengan HIV dan AIDS, dan mengurangi dampak sosial dan ekonomi yang disebabkan oleh HIV dan AIDS terhadap individu, keluarga, dan masyarakat.

Tujuan Khusus Respon terhadap HIV dan AIDS

1. Menyediakan dan menyebarkan informasi mengenai HIV dan AIDS, serta menciptakan iklim yang kondusif dalam upaya pencegahan HIV dan AIDS, dengan fokus pada perilaku dan lingkungan berisiko tinggi, dan pada saat yang sama juga memberi perhatian pada sub populasi lain di masyarakat.
2. Menyediakan dan memperbaiki kualitas layanan perawatan, medis, dan dukungan untuk orang yang hidup dengan HIV, dan mengintegrasikan layanan ini dengan upaya pencegahan HIV dan AIDS.
3. Meningkatkan peran remaja, perempuan, keluarga, dan masyarakat luas, termasuk orang yang hidup dengan HIV, dalam respon terhadap HIV dan AIDS.
4. Membangun dan meningkatkan kerjasama antara pemerintah dan masyarakat sipil, termasuk LSM, sektor swasta, komunitas bisnis, organisasi profesional, dan mitra internasional di pusat dan di daerah untuk meningkatkan respon nasional terhadap HIV dan AIDS.
5. Memperbaiki koordinasi kebijakan dalam respon dan upaya pencegahan HIV dan AIDS di tingkat nasional dan lokal.

Komponen utama dari respon nasional adalah komunikasi strategis: advokasi, komunikasi perubahan perilaku, dan mobilisasi sosial/masyarakat. Elemen utama dalam meningkatkan respon terhadap HIV dan AIDS di Indonesia adalah program komunikasi HIV dan AIDS yang efektif yang dapat menjangkau seluruh populasi kunci, dan juga sekaligus memberikan pembelajaran pada populasi umum. Komunikasi yang efektif diperlukan untuk meningkatkan kesadaran mengenai HIV dan AIDS dan untuk mempromosikan perilaku yang dapat mencegah penyebaran

lebih lanjut. Program ini juga penting untuk membangun dukungan yang lebih kuat untuk layanan perawatan dan penanganan, mengurangi stigma dan diskriminasi, dan menciptakan lingkungan yang mendukung untuk berjalannya seluruh program HIV.

Tujuan umum Strategi Komunikasi

Secara singkat, tujuan umum dari Strategi Komunikasi untuk HIV dan AIDS adalah:

1. Meningkatkan kesadaran publik mengenai perlunya usaha pencegahan HIV dan AIDS melalui gaya hidup dan perilaku yang sehat.
2. Mendukung pencegahan transmisi HIV dari orang yang sudah terinfeksi ke orang yang belum terinfeksi.
3. Mendorong masyarakat untuk menggunakan fasilitas layanan yang sudah ada, yaitu VCT, serta layanan perawatan, dukungan dan pengobatan (CST), termasuk terapi anti-retroviral (ART) yang sudah semakin mudah didapatkan.
4. Meningkatkan komitmen dan dukungan para pembuat kebijaksanaan yang diperlukan untuk meningkatkan layanan yang dibutuhkan dan pelaksanaan program pencegahan yang efektif.
5. Menghilangkan stigma dan diskriminasi terhadap ODHA dan populasi kunci yang spesifik di masyarakat melalui penyebaran pengetahuan yang benar mengenai HIV dan AIDS.

Tujuan komunikasi/perilaku yang spesifik akan dijelaskan pada penjelasan strategi di Bab V.

1. Menggunakan Pendekatan Terencana

Proses perencanaan komunikasi strategis dimulai dengan analisis situasi. Analisis situasi dasar telah disebutkan di atas. Langkah selanjutnya adalah analisis komunikasi, perancangan, rencana implementasi dan tindakan, serta riset evaluasi. Penelitian formatif dilakukan pada proses analisis dan perancangan, dan pengawasan dilakukan pada tahap yang lebih lanjut dari proses perancangan, serta selama implementasi rencana tindakan. Program komunikasi harus dievaluasi dengan seksama, hasilnya akan dimasukkan baik ke analisis baru, saat memulai program baru atau ke perancangan strategis, saat membuat penyesuaian terhadap program.

Diagram di bawah (**Gambar 3**) menunjukkan gambaran umum mengenai seluruh proses yang direkomendasikan bagi komunikasi mengenai HIV dan AIDS di Indonesia. Langkah-langkah lengkap dari Proses-P dijelaskan di Tabel 2.

Gambar 3: Proses – P



Sumber: Center for Communication Programs BSPH, JHU, 2004.

Seperti telah disebutkan pada analisis situasi, epidemi HIV dan AIDS di Indonesia telah menjadi ancaman penting dalam hal status kesehatan dan dampak keseluruhan pada sosial-ekonomi. Peningkatan intervensi untuk mencapai populasi kunci sangatlah dibutuhkan. Walaupun demikian, Indonesia tidak dapat lagi hanya bergantung pada intervensi-intervensi ini saja. Selain mencegah peningkatan HIV dan AIDS pada populasi utama seperti penasun, penjaja seks, dan pelanggannya, pendekatan "mobilisasi" menyeluruh juga diperlukan untuk laki-laki, perempuan, dan kaum muda, memecahkan kebiasaan dan menanggapi secara sensitif isu-isu mengenai stigma dan diskriminasi.

Tabel 2: Langkah-Langkah Proses-P pada Komunikasi Strategis

1) Analisis: • Analisis situasi: Kesulitan dan penyebab masalah kesehatan, sosial, dan lingkungan. Identifikasi faktor sosial, budaya, dan ekonomi yang menghalang/membantu perubahan sosial yang diinginkan. Mengembangkan perumusan masalah. Identifikasi prioritas riset formatif dan melaksanakannya. • Analisis komunikasi: a) Analisis partisipasi: Tingkat nasional sampai kabupaten/kota: Identifikasi mitra dan aliansi untuk perubahan kebijakan dan penguatan penyelenggaraan layanan. Tingkat komunikasi: Mengelompokkan sasaran Primer/ sekunder/ Tersier, serta pekerja lapangan. b) Analisis perilaku dan sosial: Tingkat individu: pengetahuan, sikap, keterampilan, dan perilaku. Tingkat komunitas: jaringan sosial, norma sosial-budaya, kemampuan kolektif, dan dinamika komunitas, termasuk pola kepemimpinan. Tingkat pelayanan: ketersediaan materi komunikasi, kapasitas komunikasi antar pribadi dan konseling. Tingkat lingkungan: opini publik, keberadaan kelompok aksi, kerjasama dengan media, kebijakan yang mempengaruhi intervensi. c) Penilaian kebutuhan komunikasi & pelatihan: Akses dan penggunaan media oleh partisipan, kapasitas praktisi media, kemampuan keorganisasian dari mitra dan aliansi. Kebutuhan sumber daya.	Selama proses: Partisipasi: Meliputi tingkat nasional, distrik, dan komunitas. Penguatan Kemampuan: Memastikan kemampuan dari tingkat nasional sampai komunitas.
2) Perancangan Strategis: • Menentukan tujuan komunikasi. • Mengembangkan pendekatan utama berdasarkan teori dan bukti. • Menentukan anggaran dana serta memilih saluran dan media. • Mengidentifikasi peran dan tanggung jawab mitra dan aliansi. 3) Pengembangan & Pengujian: • Mengembangkan dan menguji konsep, proses, pesan, cerita, materi. • Merevisi serta menguji versi akhir dan menyesuikannya sesuai hasil pengujian. • Mengembangkan rencana untuk pengawasan dan evaluasi.	Pengawasan & Komentar: Mengelola dan memfasilitasi, mengawasi hasil dan memastikan ketepatan, kualitas dan proses pembelajaran.

4) Implementasi & Pemantauan: • Memproduksi dan menyebarkan materi final. • Menyelenggarakan pelatihan untuk pelatih dan petugas lapangan. • Memobilisasi mitra, aliansi, dan komunitas kunci untuk mengimplementasikan rencana. • Mengelola dan mengawasi partisipasi, hasil, dan penerimaan program. • Menyesuaikan materi, kegiatan, dan prosedur program sesuai hasil aktivitas pengawasan.	
5) Evaluasi & Perencanaan Ulang: • Menilai hasil akhir dan dampak, dan mengidentifikasi efek yang tidak direncanakan. • Menyebarkan hasil kepada mitra, pendamping dan pemangku kepentingan. • Menentukan kebutuhan untuk kelanjutan dan/atau perpanjangan. • Merevisi/merancang ulang proses, materi, dan aktivitas program.	
Sumber: Center for Communication Programs, 2003	

2. Prinsip Dasar Komunikasi HIV dan AIDS

Terdapat sejumlah prinsip dasar perlu diperhatikan saat merancang dan mengimplementasi program Komunikasi HIV dan AIDS, yaitu:

- **Tidak melakukan stigma dan tidak diskriminatif.** Salah satu tujuan program komunikasi adalah penghapusan stigma dan diskriminasi, materi dan pesan HIV dan AIDS tidak boleh mengandung elemen yang akan dipersepsi sebagai memberikan stigma dan bersifat diskriminatif terhadap kelompok tertentu. Materi dan pesan tidak boleh menghakimi, melainkan bersifat bebas nilai, baik secara eksplisit maupun implisit.
- **Pesan tidak mengintimidasi.** Seiring dengan perkembangan terakhir dalam informasi dan pengetahuan mengenai epidemi HIV dan AIDS, komunikasi HIV /AIDS harus lebih menekankan pada pengertian dan pengenalan positif mengenai penyakit tersebut dengan tujuan agar khalayak sasaran melakukan kegiatan positif untuk mencegah infeksi HIV. Materi komunikasi tidak boleh menggunakan informasi atau pesan yang menakut-nakuti yang terbukti tidak efektif, dan seringkali menyebabkan diskriminasi atau stigma pada orang yang terinfeksi HIV. Di sisi lain, materi tidak boleh "menganggap normal" HIV dan AIDS sebagai sesuatu yang harus diterima dan akan ada selamanya di antara kita.

- **Menghormati kerahasiaan.** Sangat penting untuk diperhatikan oleh semua orang yang bekerja dalam program HIV dan AIDS untuk menghormati prinsip dari hak asasi untuk melindungi identitas dan status ODHA. Orang yang terinfeksi HIV berhak untuk tidak menyebarkan statusnya kecuali atas keinginan sendiri dan telah benar-benar siap secara mental. Pengertian ini juga perlu diberikan ke masyarakat untuk mencegah permintaan kepada ODHA untuk memberitahukan identitas/statusnya dengan tujuan mengisolasi mereka dari masyarakat luas.
- **Akses informasi untuk semua.** Saluran komunikasi harus digunakan untuk memastikan bahwa setiap anggota masyarakat mengerti mengenai HIV dan AIDS, sehingga mereka dapat melakukan tindakan pencegahan secara benar dan efektif.
- **Transparansi.** Untuk mencapai tujuan komunikasi secara efektif, informasi harus disampaikan setransparan dan sejujur mungkin. Hal ini akan mencegah kesalahpahaman masyarakat dan kebingungan yang tidak perlu terjadi. Selain itu, orang yang terinfeksi HIV harus diberi informasi lengkap dan transparan, sehingga mereka dapat bertindak untuk mengakses perawatan dan penanganan yang diperlukan, sekaligus mencegah penularan terhadap orang lain.
- **Kepercayaan.** Hasil dari segala upaya komunikasi sangat bergantung pada kepercayaan masyarakat terhadap informasi yang diterima. Sangat penting untuk memastikan bahwa informasi yang diberikan sinkron dengan kenyataan dan harapan masyarakat. Oleh karena itu, penting untuk tidak mempromosikan layanan yang tidak ada ataupun yang tidak memiliki karakter ramah dan bersahabat dalam akses dan penanganan pasien.
- **Dinamis dan responsif.** Sesuai dengan sifat komunikasi strategis yang dinamis dan responsif, strategi komunikasi di massa mendatang harus cukup fleksibel untuk mengakomodasi perubahan dan perkembangan – untuk direvisi dan disesuaikan dengan kebutuhan yang timbul berdasarkan temuan evaluasi, dan dapat merespon dengan tepat waktu dan benar.
- **Berkelanjutan.** Program dan kegiatan kita harus memperhitungkan keberlanjutan dari usaha-usaha yang sudah dilakukan, karena komunikasi yang tidak berlanjut dan tidak konsisten akan menjadi tidak efektif, terutama dalam konteks perubahan perilaku. Oleh karena itu, strategi komunikasi harus juga menekankan pada perancangan program yang dapat dilanjutkan dengan dukungan lokal.

3. Tiga Pendekatan Strategis

Mengembangkan rencana komunikasi strategis yang detail dan terintegrasi untuk pencegahan, perawatan, penanganan, dan peringanan HIV dan AIDS perlu dilakukan. Dalam komunikasi strategis, terdapat tiga istilah berbeda yang berguna untuk merepresentasikan tiga pendekatan strategis yang luas dan saling berhubungan, yaitu **advokasi, mobilisasi sosial, dan komunikasi perubahan perilaku (KPP)**.

Advokasi digunakan untuk mengumpulkan komitmen politik dan perubahan kebijakan, memobilisasi sumber daya dan layanan, dan mempercepat pelaksanaan program. Advokasi diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pelaksanaan program pencegahan secara efektif dalam hal peraturan/perundang-undangan, fasilitas, dana, dan sumber daya manusia. Dengan fokus khusus untuk membangun komitmen ini, advokasi yang terfokus dan intensif akan menargetkan pembuat kebijakan, seperti pemimpin legislatif dan aparat pemerintah di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Mengingat peran pentingnya di masyarakat, advokasi juga akan diarahkan kepada pemimpin komunitas, seperti: tokoh agama, tokoh adat, dan tokoh masyarakat. Advokasi yang menargetkan pemimpin dan pembuat kebijaksanaan juga memiliki peran penting dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Sementara itu, advokasi terhadap kelompok seperti pihak donor, sektor swasta, dan masyarakat secara umum, bertujuan untuk membangun kesadaran, dan mengundang partisipasi mereka secara langsung atau tidak langsung untuk mendukung berbagai program HIV dan/AIDS. Melalui proses ini, akan ada dukungan yang lebih kuat dan komitmen untuk keberlanjutan yang programatis dan meningkatkan penjangkauan di setiap wilayah.

Advokasi digunakan untuk memulai gerakan sosial melawan HIV dan AIDS. Proses keseluruhan dari pembentukan gerakan tersebut kerap disebut dengan mobilisasi sosial – gerakan di tingkat pemerintahan nasional, provinsi, kota, kabupaten, dan pemerintahan lokal, mengikutsertakan masyarakat sipil, termasuk LSM, organisasi kemasyarakatan, dan sektor swasta. Mobilisasi sosial meliputi pembangunan kapasitas dan kerjasama antar sektor, dari tingkat nasional hingga tingkat komunitas. Masyarakat harus diikutsertakan dari awal pembentukan konsep dan pengembangan intervensi.

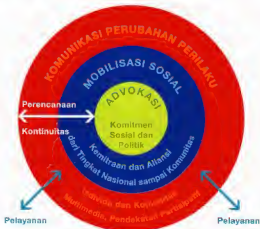
Dalam kasus HIV dan AIDS di Indonesia, definisi “komunitas” harus diartikan sangat luas sehingga meliputi banyak populasi kunci yang rentan, sekaligus mencakup pula konsep tradisional dari komunitas yang didefinisikan melalui kedekatan geografis. Proses yang diinginkan di sini adalah pengembangan aktivitas yang bermula dari komunitas, sehingga menciptakan lingkungan yang mendukung pelaksanaan program pencegahan HIV. Di Indonesia, mobilitas komunitas terutama akan mengikutsertakan kelompok keagamaan atau organisasi berbasis agama (FBO) mengingat jangkauan mereka yang luas hingga ke tingkat akar

rumpun/komunitas. Selain itu, kerjasama dengan organisasi kemasyarakatan (CBO) lainnya harus dikembangkan sehingga dapat mencapai kelompok sasaran yang dituju.

Peran yang dilakukan kelompok ini dapat berupa mengkomunikasikan pesan yang menekankan pada metoda pencegahan, penyampaian perawatan, dukungan, dan pengobatan untuk ODHA dan keluarganya.

Mobilisasi sosial, termasuk mobilisasi komunitas, bersama-sama dengan **advokasi**, merupakan komponen yang bersifat penting tetapi tidak cukup untuk komunikasi strategis bagi perubahan sosial dan individual. Terdapat konsep ketiga, komunikasi perubahan perilaku (Behaviour Change Communication - BCC), yang kadangkala disebut komunikasi untuk pengembangan perilaku dan perubahan perilaku (communication for behaviour development and behaviour change). Penyebutan yang terakhir ini terkait dengan kenyataan bahwa untuk anak-anak dan remaja, yang dilakukan adalah mengembangkan perilaku yang baru dan sehat, bukan mengubah perilaku yang buruk dan tidak sehat. Hal ini memfokuskan pada proses perubahan pola pikir dan nilai-nilai yang dianut melalui proses interaktif yang berkelanjutan. Orang-orang yang terlibat diharapkan untuk meningkatkan, secara bertahap, pemahaman dan penerimaan akan resiko dari perilaku mereka, kebutuhan untuk mengubah perilaku mereka, dan membuat mereka memilih untuk mengubah perilaku baik untuk kepentingan diri mereka sendiri maupun untuk orang-orang terdekat mereka.

Gambar 4: Komponen-komponen Komunikasi Strategis.



Sumber: McKee et al., 2000, McKee, 1992

Gambar 4 di atas dapat digunakan untuk mengkonseptualisasikan hubungan antara berbagai komponen komunikasi strategis dan bagaimana konsep-konsep tersebut dihubungkan dengan penyampaian layanan seperti VCT, ART, penanganan infeksi menular seksual (IMS), akses pada kondom dan fasilitas kesehatan secara keseluruhan yang bersifat ramah. Garis berpanah dua di bagian dalam menunjukkan bahwa tidak ada rumus baku untuk memulai dari mana, apakah melalui advokasi, komunikasi perubahan perilaku, atau memulai dengan mengelola mobilisasi sosial. Hal ini bergantung pada hasil yang didapat pada analisis situasi.

4. Lebih dari Sekedar Pesan

Perubahan perilaku dan sosial seringkali sulit dilakukan, dan perubahan perilaku ketergantungan narkoba atau seks yang berhubungan dengan infeksi HIV bahkan lebih kompleks lagi. Orang membutuhkan informasi yang tepat dan akurat mengenai HIV dan AIDS. Informasi tersebut dapat membantu individu, kelompok, atau komunitas untuk bertindak. Hal ini biasanya berlaku untuk orang yang sudah termotivasi atau berdaya. Namun demikian, untuk sebagian besar orang, informasi dalam bentuk pesan tidak cukup. Biasanya, motivasi perlu diberikan melalui komunikasi yang baik, seperti komunikasi antar pribadi dan konseling (KAPK) yang efektif, termasuk hotline, komunikasi kelompok dan saluran media lokal, program TV dan radio yang menghibur, atau penggunaan teknologi baru. Jika dilakukan dengan baik, komunikasi tersebut akan menciptakan perubahan sikap dan perilaku individu, serta perubahan norma sosial.

Walaupun demikian, informasi dan motivasi saja mungkin masih tidak cukup. Seseorang masih dapat terhalang misalnya oleh posisi sosial atau peran gender. Mereka membutuhkan kemampuan untuk bertindak dalam situasi tertentu yang dapat membahayakan kesehatan dan jiwa mereka. Kemampuan ini kadang disebut kecakapan hidup psikososial atau kecakapan sosial dan emosional seperti pemecahan masalah (dalam hubungan sosial), pengambilan keputusan, berfikir kritis dan kreatif, komunikasi antar pribadi dan kecakapan berhubungan (*relationship skills*) lainnya seperti empati serta penanganan stres dan emosi. Elemen-elemen ini dapat dimasukkan ke dalam program komunikasi mengenai komunikasi antar pribadi dan konseling, diskusi kelompok, latihan interaktif dan permainan, dan juga penyampaian cerita melalui berbagai media.

Pada akhirnya, tindakan progresif harus dilakukan pada suatu lingkungan yang mendukung yang menyeluruh, yang dibutuhkan untuk mempertahankan perubahan perilaku utama. Lingkungan yang mendukung terdiri dari struktur organisasional yang memfasilitasi perubahan yang dibutuhkan, akses kepada layanan, kebijakan yang mendukung dan faktor lain seperti sistem pendidikan, budaya/media, agama, serta sosial ekonomi dan sosial politik yang mendukung

dan memungkinkan perubahan yang berkelanjutan serta berkembangnya potensi manusia. Metoda komunikasi di Indonesia dapat digunakan untuk membantu membuat perubahan dalam lingkungan yang mendukung yang lebih besar. Seperti telah disinggung di atas, advokasi adalah metoda strategis menyeluruh yang utama dalam komunikasi strategis untuk memungkinkan perubahan tersebut. Model di bawah (lihat **Gambar 5**) menunjukkan bagaimana seluruh elemen ini dapat berjalan bersama secara sinergis.

Seperti ditunjukkan pada **Gambar 5** di bawah, nilai – sebagai kesatuan ekspresi dari sikap, kepercayaan, norma sosial, atau pandangan dunia – melintasi keseluruhan model lingkaran dan mengikat perilaku individual dan sosial. Penelitian yang mendalam dan interaksi yang partisipatif dengan masyarakat adalah beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengembangkan pemahaman akan kegunaan dari perencanaan komunikasi.

Gambar 5: Pengembangan Perilaku dan Perubahan Perilaku dalam Konteks Sosial dan Lingkungan.



Sumber: McKee et al. (2000).

Gambar 4 di atas dapat digunakan untuk mengkonseptualisasikan hubungan antara berbagai komponen komunikasi strategis dan bagaimana konsep-konsep tersebut dihubungkan dengan penyampaian layanan seperti VCT, ART, penanganan infeksi menular seksual (IMS), akses pada kondom dan fasilitas kesehatan secara keseluruhan yang bersifat ramah. Garis berpanah dua di bagian dalam menunjukkan bahwa tidak ada rumus baku untuk memulai dari mana, apakah melalui advokasi, komunikasi perubahan perilaku, atau memulai dengan mengelola mobilisasi sosial. Hal ini bergantung pada hasil yang didapat pada analisis situasi.

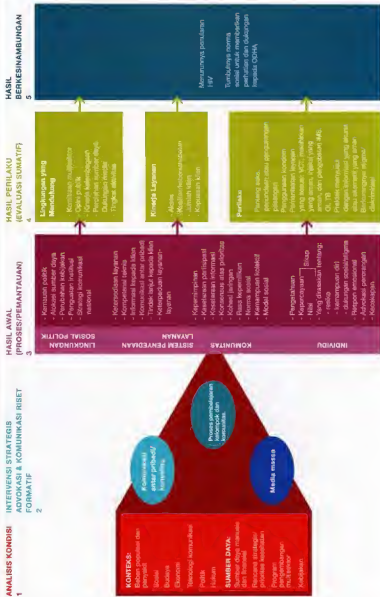
4. Lebih dari Sekedar Pesan

Perubahan perilaku dan sosial seringkali sulit dilakukan, dan perubahan perilaku ketergantungan narkoba atau seks yang berhubungan dengan infeksi HIV bahkan lebih kompleks lagi. Orang membutuhkan informasi yang tepat dan akurat mengenai HIV dan AIDS. Informasi tersebut dapat membantu individu, kelompok, atau komunitas untuk bertindak. Hal ini biasanya berlaku untuk orang yang sudah termotivasi atau berdaya. Namun demikian, untuk sebagian besar orang, informasi dalam bentuk pesan tidak cukup. Biasanya, motivasi perlu diberikan melalui komunikasi yang baik, seperti komunikasi antar pribadi dan konseling (KAPK) yang efektif, termasuk hotline, komunikasi kelompok dan saluran media lokal, program TV dan radio yang menghibur, atau penggunaan teknologi baru. Jika dilakukan dengan baik, komunikasi tersebut akan menciptakan perubahan sikap dan perilaku individu, serta perubahan norma sosial.

Walaupun demikian, informasi dan motivasi saja mungkin masih tidak cukup. Seseorang masih dapat terhalang misalnya oleh posisi sosial atau peran gender. Mereka membutuhkan kemampuan untuk bertindak dalam situasi tertentu yang dapat membahayakan kesehatan dan jiwa mereka. Kemampuan ini kadang disebut kecakapan hidup psikososial atau kecakapan sosial dan emosional seperti pemecahan masalah (dalam hubungan sosial), pengambilan keputusan, berfikir kritis dan kreatif, komunikasi antar pribadi dan kecakapan berhubungan (*relationship skills*) lainnya seperti empati serta penanganan stres dan emosi. Elemen-elemen ini dapat dimasukkan ke dalam program komunikasi mengenai komunikasi antar pribadi dan konseling, diskusi kelompok, latihan interaktif dan permainan, dan juga penyampaian cerita melalui berbagai media.

Pada akhirnya, tindakan progresif harus dilakukan pada suatu lingkungan yang mendukung yang menyeluruh, yang dibutuhkan untuk mempertahankan perubahan perilaku utama. Lingkungan yang mendukung terdiri dari struktur organisasional yang memfasilitasi perubahan yang dibutuhkan, akses kepada layanan, kebijakan yang mendukung dan faktor lain seperti sistem pendidikan, budaya/media, agama, serta sosial ekonomi dan sosial politik yang mendukung

Gambar 6: Kerangka Kerja Konseptual: Jalan menuju Perubahan Sosial dan Perilaku dalam HIV dan AIDS.



1. Analisis Partisipasi

Analisis partisipasi diperlukan untuk lebih memahami dan melakukan segmentasi peran orang-orang dan organisasi utama yang dapat mempengaruhi perubahan kebijakan, perubahan perilaku, dan perubahan sosial pada populasi kunci dan populasi umum. Hal ini penting untuk merancang proses mobilisasi sosial dan komunitas secara umum. Definisi dari partisipan potensial dalam analisis partisipasi ini adalah sebagai berikut:

ADVOKASI

Mitra: Suatu institusi, asosiasi, kementerian, departemen, perusahaan atau kelompok yang berperan sebagai sumber daya (finansial, teknis, manusia, atau sarana dan prasarana) untuk bekerja sama dengan mitra utama lainnya dalam mencapai keseluruhan tujuan dalam suatu area program tertentu, biasanya sepanjang seluruh jangka waktu program.

Aliansi: Suatu institusi, asosiasi, perusahaan, kelompok, selebriti, juru bicara atau politisi yang berperan sebagai sumber daya (finansial, teknis, manusia, atau sarana dan prasarana) untuk bekerja sama dengan mitra utama lainnya dalam mencapai minimal salah satu tujuan dalam suatu area program tertentu, seringkali untuk jangka waktu yang lebih pendek dan spesifik.

Penjaga Gerbang: Suatu otoritas, individu yang kuat, institusi, atau asosiasi di tingkat nasional, provinsi, atau kabupaten/kota, yang mempengaruhi kebijakan atau lingkungan legal (sosial, budaya, agama, politik, atau ekonomi) yang dapat memfasilitasi atau menghalangi perubahan perilaku dan sosial. Penjaga gerbang dapat mengizinkan atau melarang intervensi program untuk berjalan melalui berbagai saluran nasional, regional/ propinsi, atau kabupaten/kota. Mereka dapat dilibatkan sebagai mitra dan aliansi melalui advokasi atau dapat juga "dinetralkan".

Partisipan dari program advokasi dapat menjadi "target" atau sasaran untuk advokasi dengan tujuan menjadikan mereka sebagai pendukung atau "pelaku mobilisasi sosial" untuk masalah yang dihadapi. Beberapa di antara mereka mungkin adalah "penjaga gerbang" yang perlu diyakinkan dengan tujuan untuk berkomunikasi dengan masyarakat umum (contohnya penjaga gerbang media) atau suatu kelompok yang spesifik (contohnya petugas pendidikan untuk remaja di sekolah). Dapat dikatakan bahwa advokasi bersama dapat mengajak keterlibatan berbagai mitra operasional dan aliansi jangka pendek pada respon multi sektoral – "mobilisasi sosial" untuk pencegahan HIV dan AIDS, perawatan, penanganan, dan penghilangan stigma. Sebagian di antaranya secara alami sudah merupakan mitra atau aliansi, yang sudah "terlibat" dengan masalah yang dihadapi. Sebagian lagi adalah "aliansi potensial" yang harus diyakinkan untuk ikut serta dalam perubahan ini.

KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU

Sasaran Primer: Kelompok inti dari orang-orang di mana tujuan komunikasi strategis akan difokuskan dan perubahan perilaku utama akan dilaksanakan. Contoh: sasaran utama PSP adalah pekerja seks itu sendiri, baik yang berbasis di lokalisasi/lokasi, bekerja di tempat hiburan, ataupun di jalanan. Pengertian mereka mengenai HIV dan AIDS serta kemampuan mereka dalam bernegosiasi untuk seks yang aman sangat penting untuk menghentikan penyebaran virus.

Sasaran Sekunder: Orang yang berhubungan langsung dengan sasaran primer melalui kontak yang sering dan orang yang dapat mendukung atau menghalangi perubahan perilaku pada sasaran primer. Tujuan komunikasi strategis seringkali harus juga berfokus pada orang-orang ini secara langsung untuk membuat perubahan pada sasaran primer. Contoh sasaran sekunder untuk PSP adalah *mami* atau germo yang memiliki rumah bordil atau mengorganisasi mereka, serta menjual jasa mereka ke pelanggan. Mereka harus dididik mengenai HIV dan AIDS dan mendukung penggunaan kondom 100% oleh PSP, terlepas dari yang diinginkan pelanggan mereka. Tanpa dukungan mereka, seks aman mungkin adalah suatu hal yang mustahil.

Sasaran Tersier (penjaga gerbang tingkat komunitas): Kelompok komunitas lokal, institusi atau individu yang dapat mendukung atau menghalangi perubahan perilaku dan sosial di suatu komunitas atau daerah dengan cara memperbolehkan atau melarang partisipasi yang akan terjadi. Orang-orang ini mengontrol lingkungan sosial, saluran komunikasi dan proses pengambilan keputusan di tingkat lokal dan mempunyai pengaruh besar pada norma sosial setempat. Dalam kasus PSP, mereka mungkin adalah polisi setempat atau pemimpin komunitas yang berpengaruh dalam memperbolehkan bisnis seks diselenggarakan di daerah mereka. Mereka juga dapat diminta dukungan untuk kebijaksanaan penggunaan kondom 100%.

Petugas lapangan: Agen perubahan di masyarakat, biasanya mewakili sebuah institusi atau organisasi yang mungkin mempunyai tujuan yang sama dalam perubahan sosial dan perilaku, dan orang-orang yang bekerja untuk program komunikasi setelah pelatihan dan perencanaan. Pekerja lapangan dapat meliputi petugas perawatan kesehatan pemerintah dan layanan sosial, petugas VCT, staf LSM, dan pendidik sebaya.

Analisis partisipasi difokuskan pada populasi utama: Penasun dan Narapidana; PSP; LSL/Waria, sebagian di antaranya adalah Penjaja Seks Laki-laki (PSL), dan ODHA. Juga termasuk di dalamnya sebagian dari populasi umum yang terdiri dari laki-laki berisiko tinggi yang merupakan pelanggan penjaja seks, Perempuan sebagai pasangan seks reguler laki-laki tersebut, sebagian rencana komunikasi awal untuk Penularan Ibu-ke-Anak (PIKA) dan Generasi Muda (10 sampai 24 tahun), bukan sebagai kelompok yang terpisah, tetapi sebagai segmen dari

populasi umum yang paling rentan untuk masuk ke dalam satu atau lebih dari kategori yang disebutkan di atas.

Analisis sasaran, pendekatan, dan ide awal media/saluran untuk mencapai setiap populasi juga diberikan di bawah. Walaupun demikian, media/saluran spesifik dan rekomendasi sarana dan prasarana/metoda akan dibahas lebih mendalam pada Bab VI.

2. Populasi Kunci

a) Pengguna Napza Suntik (Penasun), termasuk Narapidana

i. Definisi, Faktor Perilaku dan Kontekstual

Kebiasaan menyuntikkan napza dengan menggunakan alat atau larutan yang terkontaminasi terus berkontribusi pada angka tertinggi infeksi baru HIV di Indonesia. Pada saat yang bersamaan, seperti yang telah ditunjukkan pada Tabel 1, para penasun sekarang melakukan lebih banyak tindakan pencegahan untuk melindungi diri mereka sendiri dari infeksi suntikan napza. Meskipun demikian, masih tetap ada kebutuhan akan pendidikan berkelanjutan dan prakarsa pengurangan bahaya seiring dengan semakin banyaknya kaum muda mencapai usia di mana mereka menghadapi risiko terbesar. Kaum muda biasanya mencoba dengan menggunakan napza yang berefek ringan, alkohol, yang kemudian dilanjutkan kepada napza suntik, psikotropika, dan bahan-bahan adiktif lainnya.

KPA Nasional telah menyatakan bahwa pada umumnya para penasun memiliki pengetahuan lebih dibandingkan dengan pekerja seks dan populasi LSL. Hal ini dikarenakan oleh karakteristik sosial penasun yang umumnya tinggal di kota besar (di mana survei dilakukan), tingkat pendidikan yang lebih tinggi, dan akses lebih baik ke media. --- Penasun cenderung untuk memiliki lebih banyak jaringan dan terorganisir lebih baik. Kelompok sebaya bisa menjadi sumber informasi yang baik. Pada waktu bersamaan, ada program-program yang ditargetkan untuk penasun daripada populasi rawan yang lain. Para penasun lebih terekspos oleh pesan-pesan HIV (STRANAS 2007-2010).

Bagaimanapun, ada juga keprihatinan yang meningkat tentang luasnya transmisi infeksi HIV secara seksual yang bermula dari jaringan seksual para penasun. Celah pengetahuan tentang ini juga tampak jelas dalam Tabel 1. Untuk mengatasi masalah ini diperlukan paket program yang komprehensif dari kegiatan pengurangan risiko, pemahaman yang lebih mendalam tentang isu-isu yang berpengaruh, seperti kecanduan, dan juga kebutuhan akan program perawatan yang efektif.

ii. Pendekatan

Strategi nasional memerlukan: informasi pencegahan umum dan komunikasi perubahan perilaku; pengiriman penasun oleh polisi ke fasilitas perawatan kesehatan yang ditentukan untuk memperoleh perawatan medis; Program Jarum dan Alat Suntik Steril (PJASS); Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM) sebagai bagian dari program rehabilitasi, VCT, layanan perawatan dan dukungan utama. Komunikasi memainkan peranan penting dalam semua ini. Beberapa aplikasi spesifik dari komunikasi strategis adalah sebagai berikut:

Advokasi dan mobilisasi sosial: Aktivitas seperti membangun koalisi luas, lobi secara langsung, konsultasi komunitas, dan melibatkan penasun dalam aktivitas mobilisasi akar rumput biasa telah terbukti efektif. Mereka bisa digunakan untuk misalnya mencoba melakukan tindakan pengurangan bahaya seperti penukaran alat suntik dan perawatan dengan metadon, yang telah terbukti cukup efektif dalam mengurangi transmisi HIV.

Promosi alat suntik steril: Materi informasi mengenai promosi penggunaan alat steril bisa mendidik para penasun tentang cara menyuntik yang lebih aman dan bagaimana cara mengurangi risiko transmisi seksual dengan penggunaan kondom dan VCT. Materi-materi tersebut harus dikembangkan dengan bantuan jaringan penasun, jika memungkinkan, dan bisa didistribusikan pada tempat pelayanan kesehatan, ketika kelompok sebaya berkumpul dan pada tempat-tempat penasun bertemu.

Pendidikan sebaya: Teman sebaya bisa sangat efektif dalam membawa pesan-pesan preventif kepada penasun. Teman sebaya bisa menyembuhkan pecandu yang mana bisa mengkomunikasikan konsep dan pesan preventif kepada teman, koneksi, pasangan, dan komunitas mereka. Alasan untuk menggunakan teman sebaya daripada profesional bidang kesehatan adalah karena teman sebaya sering bisa memperoleh kepercayaan dan memiliki kredibilitas yang kurang dimiliki orang luar. Teman sebaya juga biasanya tidak bersikap menghakimi terhadap kebiasaan menyuntik daripada profesional bidang kesehatan. Proyek bisa melibatkan pendidik sebaya dalam distribusi materi komunikasi, kondom, dan kit bubuk pemutih; penyediaan akses ke layanan rujukan; penyuluhan untuk perubahan kebiasaan dan perawatan napza; program penukaran alat suntik; dan penjangkauan.

Pelatihan ketrampilan hidup: Salah satu cara terbaik untuk mencegah infeksi HIV adalah dengan memastikan bahwa kaum muda sama sekali tidak pernah memulai untuk menyuntikkan napza. Dalam banyak keadaan, kaum muda menghadapi risiko karena kurangnya keahlian, kurangnya kesempatan, rasa bosan, dan adanya napza dalam komunitas mereka. Sebuah intervensi komunikasi seharusnya bisa membantu kebutuhan kaum muda akan keahlian untuk tetap menjaga diri bebas dari napza, seperti keahlian antar pribadi dan keahlian berpikir. Melalui sebuah strategi pelatihan "keterampilan hidup" (*life skills*),

kaum muda bisa mengembangkan keahlian-keahlian ini untuk meningkatkan kemampuan mereka untuk membuat pilihan untuk melindungi kesehatan dan masa depan mereka. Pelatihan keahlian hidup mencakup keahlian antar pribadi (termasuk komunikasi berpasangan dan negosiasi), keahlian berpikir (termasuk pengambilan keputusan dan pemecahan masalah), dan keahlian mengatasi masalah (termasuk mengatasi emosi, manajemen stres, dan kepercayaan diri).

Koneksi ke berbagai layanan: Pengiriman ke layanan kesehatan dan sosial: Menyediakan bagi penasun dan pasangan mereka layanan kesehatan dan sosial bisa membantu mereka merawat kesehatan, mencegah HIV, dan merawat kecanduan mereka. Mereka memiliki sejumlah masalah kesehatan seperti IMS, TB, hepatitis, dan abses. Program-program yang ada harus membuat jalur rujukan ke layanan kesehatan yang sensitif dengan kebutuhan yang unik dari pensun. Bagaimanapun kebutuhan kesehatan ini tidak selalu merupakan prioritas bagi penasun. Isu mendesak seperti tempat tinggal, kemiskinan akut, dan kecanduan lebih sering memberi tekanan hidup. Dengan memenuhi kebutuhan-kebutuhan ini, akan memungkinkan individu untuk membuat strategi bertahan hidup untuk jangka panjang. Untuk alasan ini, intervensi yang dimaksudkan bagi penasun seharusnya mengembangkan koneksi kuat ke layanan-layanan sosial yang diperlengkapi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan sosial tersebut.

Laporan UNGASS 2006-2007 telah menyatakan: "Di Indonesia, intervensi pengurangan dampak buruk telah menunjukkan bahwa perubahan kebiasaan bisa terjadi: delapan dari sepuluh pengguna napza yang disurvei dalam proyek pengurangan dampak buruk melaporkan penggunaan alat steril pada suntikan terakhir mereka (IBSS MARP, MoH 2007). Kebijakan Nasional HIV dan AIDS untuk mengurangi dampak buruk yang timbul dari pengguna napza suntik serta psikotropika menargetkan untuk mencapai dan melayani setidaknya 80% dari penasun pada tahun 2010 melalui layanan perawatan dan pencegahan yang komprehensif. Layanan pencegahan tersebut meliputi penjangkauan dan komunikasi perubahan perilaku teman sebaya, promosi kondom, PJASS, perawatan kecanduan, dan terapi rumatan metadon. Intervensi perawatan termasuk VCT serta kepedulian, dukungan, dan pengobatan dengan kualitas yang sama seperti yang disediakan untuk seluruh warga Indonesia. Di kebanyakan propinsi cakupan pengurangan dampak buruk dan layanan pengurangan risiko seksual untuk populasi kunci ini akhir-akhir ini telah meluas secara cepat hingga 44%. (Perkiraan ini tidak memasukkan data dari tiga propinsi target – Riau, Sumatera Selatan, dan Sulawesi Selatan – karena ketiga propinsi tersebut bukan tempat yang diawasi.)"

"*Kebijakan Nasional HIV dan AIDS untuk mengurangi dampak buruk akibat penggunaan napza suntik, 2007*" memiliki tujuan untuk menyediakan layanan pengurangan dampak dalam unit layanan pemerintah termasuk Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan Rumah Tahanan (Rutan)) dan juga melalui lembaga swadaya masyarakat. Ini didahului oleh *Strategi Nasional Pencegahan*

dan Penanggulangan HIV dan AIDS serta Penyalahgunaan napza di Lembaga Pemasyarakatan di Indonesia 2005-2009. Strategi ini menetapkan sebuah paket komprehensif pencegahan HIV dan aktivitas kepedulian termasuk komunikasi perubahan kebiasaan melalui pendidikan kelompok sebaya, penyediaan kondom, penyediaan pemutih, perawatan untuk pecandu termasuk perawatan dengan metadon, VCT, dan perawatan dan pengobatan untuk narapidana yang hidup dengan HIV.

Penjangkauan: Melakukan intervensi terhadap penasun daripada mengharapkan mereka untuk mencari layanan adalah cara untuk meningkatkan jangkauan program. Penasun sering merasa tidak nyaman menggunakan layanan berpusat pada fasilitas tertentu karena banyak alasan termasuk kriminalisasi dan diskriminasi, waktu atau lokasi yang tidak sesuai, biaya, dan kurangnya minat terhadap layanan yang ditawarkan. Mendekati langsung ke dalam komunitas dan menawarkan layanan oleh pekerja lapangan terlatih pada waktu dan tempat yang sesuai bagi para penasun kemungkinan besar merupakan pendekatan yang lebih efektif. Pendekatan langsung bisa dilakukan dalam bentuk menawarkan layanan di taman, jalan tertentu, rumah, atau pada saat di luar jam kerja. Penyediaan kondom, materi dan kegiatan komunikasi HIV dan AIDS, penyuluhan, penukaran jarum, dan layanan IMS semuanya bisa ditawarkan melalui pendekatan langsung. Pasangan dan anggota keluarga dari penasun seharusnya juga dijangkau.

Isu Khusus: Narapidana

i. Faktor perilaku dan kontekstual

Dalam hal risiko HIV, narapidana adalah bagian dari populasi penasun di Indonesia tetapi dianalisis di sini secara terpisah sehingga kita bisa lebih tepat dalam hal tujuan dan strategi. *STRANAS 2007-2010* bagian 1.4.2 menyatakan perhatian akan penggunaan napza suntik di antara narapidana sebagai berikut:

"Dari total 101.036 narapidana di lembaga pemasyarakatan Indonesia, 23.409 di antaranya adalah karena kasus napza. Dalam jumlah tersebut, 70% merupakan pecandu (17.088) dan 40% merupakan penasun. Meskipun Indonesia memiliki 13 lapas narkotika 50% dan 60% dari narapidana tersebut masih ditempatkan di lembaga pemasyarakatan biasa. Sebuah lembaga pemasyarakatan merupakan tempat berisiko tinggi untuk penyebaran HIV karena meningkatnya perilaku berisiko tinggi. Situasi ini diperburuk oleh tingkat hunian yang sangat tinggi dan kurangnya fasilitas kesehatan yang bisa didapatkan narapidana. Lagi pula, petugas dan penjaga penjara biasanya hanya tahu sedikit tentang HIV dan AIDS. --- Jumlah hasil pengujian narapidana yang positif HIV di Indonesia terus meningkat. Angka dari Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2000, 17.6% dari seluruh narapidana positif HIV. --- Peningkatan yang cepat dalam jumlah narapidana positif HIV di lembaga pemasyarakatan Indonesia merupakan akibat dari meningkatnya jumlah penasun yang dimasukkan ke penjara. Jumlah penasun di lembaga pemasyarakatan Indonesia meningkat dari

7.211 pada tahun 2002 menjadi 11.973 pada tahun 2003, dan meningkat lagi menjadi 17.000 pada tahun 2004. Sementara banyak narapidana yang telah terinfeksi di luar penjara, tidak diragukan lagi bahwa banyak juga yang terinfeksi di dalam penjara akibat dari berhubungan dengan kebiasaan berisiko tinggi. Narapidana positif HIV yang telah selesai menjalani hukumannya akan kembali lagi ke masyarakat, dan, jika mereka tidak menerima konseling, kemungkinan besar akan menyebarkan HIV ke pasangan mereka dan orang lain."

Salah satu masalah di Indonesia adalah konflik dalam hukum yang mengkriminalkan pecandu dan, dalam pasal lainnya, memungkinkan hakim untuk memerintahkan rehabilitasi. Bagaimanapun, pasal yang menghukum pecandu lebih sering digunakan, kadang-kadang oleh oknum polisi yang memeras uang dari orang-orang yang menghindari dakwaan. Orang yang tidak bisa membayar akan masuk penjara. Di dalam penjara juga, oknum petugas atau penjaga kadang-kadang bekerja sama dengan sebagian narapidana untuk menyelundupkan dan menjual napza ke narapidana lainnya untuk memperoleh uang dari relasi mereka.

ii. Pendekatan

Bukti dari tingginya angka penyebaran HIV di dalam penjara, bersamaan dengan infeksi TB, dan kebiasaan berisiko tinggi termasuk penggunaan napza, terus mengindikasikan keperluan mendesak untuk sebuah paket komprehensif dari tindakan-tindakan yang bertujuan untuk melindungi bukan hanya kesehatan narapidana dan petugas dalam penjara, tetapi juga keluarga dan komunitas mereka. Paket seperti itu seharusnya termasuk peningkatan kesadaran akan HIV dan AIDS; pencegahan, perawatan, dan pengobatan, termasuk perawatan terintegrasi dari infeksi HIV-TB secara bersamaan; dan dukungan rehabilitasi pecandu. (Rencana kerja FHI, Dec. 2007)

Kebanyakan pendekatan yang digunakan untuk penasun juga bisa digunakan untuk narapidana. Analisis partisipasi di bawah ini memberikan gambaran tentang situasi penasun di antara narapidana bisa diubah di Indonesia dengan cara melibatkan pemeran-pemeran utama dalam advokasi dan komunikasi perubahan perilaku, dihubungkan ke layanan yang ditingkatkan. Pada saat ini cakupan dari kebanyakan aktivitas-aktivitas ini bervariasi: informasi tentang pencegahan/komunikasi untuk perubahan kebiasaan bisa didapatkan di 70 penjara di 8 propinsi; terapi perawatan dengan metadon bisa didapatkan di empat penjara: satu di Bali, dua di Jakarta, dan satu di Jawa Barat; layanan VCT bisa didapatkan di 30 penjara di 27 propinsi; layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan bisa didapatkan di 53 penjara di 17 propinsi; program-program dalam penjara sebelum narapidana selesai menjalani hukuman untuk memastikan bahwa narapidana yang sedang menjalani terapi ARV atau metadon bisa tetap mengakses layanan-layanan tersebut ketika mereka telah bebas (*Indonesia Global Fund Application, Round 8*).

Tujuan komunikasi dan analisis partisipasi di bawah ini (Tabel 3) memberi kita sebuah kerangka kerja untuk mengambil tindakan, termasuk rekomendasi tentang siapa saja yang seharusnya dilibatkan untuk membantu perkembangan perubahan kebiasaan dan sosial.

Tabel 3: Analisis Partisipasi – Populasi Kunci: penasin, termasuk narapidana.

ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN 1. Merevisi UU no. 22/1997 tentang Narkotika dan UU no. 5/1997 tentang Psikotropika. 2. Memperkuat peranan Departemen Kesehatan dalam isu-isu penasin. 3. Mengadvokasi pihak berwenang untuk memposisikan penasin sebagai isu kesehatan daripada isu kriminal/hukum. 4. Mengadvokasi Pemerintah Indonesia tentang pengurangan persediaan sebagai program prioritas (tidak hanya pengurangan permintaan). 5. Mengadvokasi Pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan untuk pada penasin. 6. Mengadvokasikan dengan pembuat kebijakan dalam alokasi dana untuk layanan sosial, kesehatan, dan rehabilitasi, dan untuk meningkatkan kualitas layanan-layanan tersebut. 7. Menghimbau keterlibatan yang lebih besar dari sektor swasta. 8. Membuat peka media dan penjaga gerbang media untuk meningkatkan laporan yang sensitif dan akurat tentang isu-isu mengenai penasin. 9. Membuat peka masyarakat dan pemimpin agama dengan memberikan pengetahuan yang akurat tentang penasin. 10. Menjamin akses dan hak penasin atas pendidikan dan pekerjaan.	TUJUAN 1. Meningkatkan pengetahuan tentang napza dan HIV dan AIDS serta bahaya terhadap kesehatan, mental, dan kelangsungan hidup. 2. Meningkatkan jumlah penasin yang mempraktekkan metoda pengurangan bahaya (suntikan aman, substitusi oral atau penahanan nafs). 3. Meningkatkan persentase penasin yang melakukan seks aman dengan pasangan seksualnya. 4. Meningkatkan kunjungan penasin ke tempat-tempat layanan kesehatan yang relevan (VCT dan Diagnosis Hepatitis, perawatan dan diagnosis IMS, ART, jika diperlukan). 5. Meningkatkan pembagian informasi melalui pendidik kelompok sebaya penasin.
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: 1) KPA Nasional dan anggota – terutama: Departemen Kesehatan, Departemen Sosial, Departemen Hukum dan HAM, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi; 2) LSM bidang HIV dan Napza; 3) Pusat Rehabilitasi; 4) Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Aliansi: 1) Beberapa petugas penegak hukum (jaksa, pengacara, hakim); 2) Pemimpin industri; 3) Parlemen; 4) Organisasi Media Massa; 5) Partai Politik; 6) Pemimpinan agama nasional atau propinsi; 7) Ilmuwan (misalnya: penelitian, draft perundangan). Penjaga gerbang: 1) Parlemen (pada beberapa isu); 2) Asosiasi Medis Indonesia; 3) Organisasi Anti-narkotika (pada beberapa isu); 4) Polisi; 5) Majelis Ulama Indonesia.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran Primer: 1) Penasin di tempat tertentu; 2) Penasin yang bergerak. Sasaran Sekunder: 1) Pasangan nikah atau seksual dan penasin; 2) Anggota keluarga; 3) Guru. Sasaran Tersier: 1) Polisi; 2) Petugas Badan Narkotika Nasional dan Propinsi; 3) Organisasi Anti-narkotika di tingkat masyarakat; 4) Pemimpin agama dan masyarakat. Petugas lapangan: 1) Kader dan sukarelawan LSM; 2) Petugas/staf untuk pendekatan langsung; 3) Pekerja kesehatan dan penyuluh; 4) Pekerja sosial; 5) Pendidik sebaya; 6) Pekerja masyarakat.

b) Penjaja Seks Perempuan (PSP)

i. Definisi, faktor perilaku dan kontekstual

"Industri seks" di Indonesia mencakup semua aktivitas dan aktor yang terlibat dalam aktivitas seks komersial, baik yang terbuka maupun yang tersembunyi. Meskipun mereka yang terlibat dalam transaksi seksual sebagian besar adalah PSP dan pelanggannya, ada juga orang-orang yang terlibat dalam manajemen aktivitas tersebut dan juga memainkan peranan utama.

Penjaja Seks di Lokalisasi dan lokasi pelacuran: PSP adalah orang-orang yang melakukan transaksi seksual di rumah - rumah yang terdapat di lokalisasi atau lokasi tertentu di Indonesia. Satu hal yang perlu dipahami dalam aktivitas dengan PSP adalah konteks bahwa pekerjaan mereka memberikan setumpuk hambatan. Pertama, karena kebutuhan mereka akan penghasilan, mereka tidak memiliki pilihan selain meneruskan aktivitas transaksi seksualnya. Kedua, penggunaan perlindungan, terutama penggunaan kondom oleh pelanggan, akan banyak bergantung pada kemauan pelanggan tersebut. Penolakan untuk menyediakan jasa mereka ke pelanggan tanpa menggunakan kondom bisa berakibat pada pekerjaan mereka. Ketiga, sebuah atmosfer yang memungkinkan dalam lingkungan kerja ini tergantung pada kerja sama dengan manajer atau geromo. Sangatlah perlu bagi para manajer tersebut untuk melindungi PSP dan pekerja lainnya dalam usaha hiburan tersebut dan memungkinkan perempuan-perempuan tersebut untuk mempraktekkan strategi-strategi pencegahan. (Lihat Kotak 1 di bawah)

Pekerja di Tempat-Tempat Hiburan dan Panti Pijat: Tempat-tempat hiburan yang menjamur seperti karaoke, bar, dan panti pijat memberikan kemungkinan besar untuk seks komersial. Para pekerja di tempat-tempat ini tidak resmi melakukan transaksi seksual tetapi lebih dikenal sebagai pramuria, pelayan, dan pemijat. Bagaimanapun, diketahui bahwa kebanyakan dari mereka juga terlibat dalam transaksi seksual dengan pelanggan. Masalah dalam mengatasi PSP di tempat-tempat tersebut adalah karena tempat-tempat tersebut tidak terdaftar secara resmi sebagai tempat di mana transaksi seksual terjadi, pendidikan tentang HIV dan AIDS, dan khususnya penggunaan kondom, lebih jarang terjadi. Dan lagi, PSP di tempat-tempat tertentu mengeluh bahwa kebanyakan pelanggan mereka menolak untuk menggunakan kondom, dengan alasan bahwa mereka tidak pernah diminta untuk berbuat demikian ketika melakukan seks dengan PSP di tempat tertentu. Hal ini jelas memberi tekanan pada PSP di lokalisasi bahwa mereka harus bersaing dengan yang bekerja di luar lokalisasi. Tidak semua manajer tempat hiburan bersedia untuk meluangkan waktu untuk pendidikan HIV dan AIDS, yang mana hal tersebut dapat dilihat sebagai pengakuan implisit bahwa transaksi seksual memang terjadi di tempat-tempat bisnis mereka.

Penjaja Seks Jalanan: PSP ini biasanya beroperasi di jalan atau tempat tertentu lainnya yang diketahui sebagai tempat-tempat transaksi seksual. Pendekatan langsung ke mereka sangat sulit dilakukan karena mobilitas mereka dan operasi mereka yang tidak menentu. Sama halnya dengan kasus PSP di tempat-tempat hiburan, PSP jalanan tidak menerima informasi reguler atau layanan dari organisasi yang relevan karena status mereka yang tidak resmi. LSM telah melakukan pendekatan langsung ke mereka dengan beberapa kali bekerja sama dengan badan pemerintah.

Perempuan Panggilan: Fenomena yang berkembang di beberapa bagian Indonesia adalah munculnya perempuan panggilan, yang bisa jadi merupakan siswa SMA atau universitas dan, meskipun sedikit, ibu rumah tangga. Mereka beroperasi dengan telepon selular dan melalui makelar yang menghubungkan mereka dengan pelanggan untuk membuat janji. Sulit untuk mendekati mereka secara terbuka, kecuali melalui kenalan yang dipercaya.

Mucikari, germo, serta pemilik dan manajer tempat hiburan – Orang-orang ini memiliki kendali tertentu atas pekerja perempuan di bisnis mereka. Karena mereka yang mempekerjakan perempuan-perempuan ini, mereka memiliki kekuasaan atas perempuan-perempuan tersebut dalam hal penghasilan, hal-hal yang berhubungan dengan layanan bagi pelanggan/klien, dan operasi aktivitas dalam premis mereka dan teritori yang mereka kendalikan. Komitmen dan kerja sama dari mucikari (mami), germo, dan manajer tempat hiburan diperlukan untuk membuat usaha pencegahan HIV efektif di kalangan PSP. Mereka harus bersedia untuk memberikan waktu untuk pemeriksaan kesehatan, penyuluhan, dan pendidikan tentang kewajiban menggunakan kondom. Mereka juga harus bersedia membuat kondom tersedia dan wajib digunakan.

Petugas terkait: Petugas pemerintah yang bertanggung jawab atas keberadaan dan pengawasan dari lokalisasi prostitusi dan tempat-tempat hiburan memainkan peran utama dalam memfasilitasi usaha pencegahan HIV di lingkungan-lingkungan tersebut. Mereka seharusnya dilibatkan juga, mulai dari pemahaman tentang peran mereka terhadap operasi sebenarnya dari program-program tersebut sebagai sebuah kebijakan yang permanen dan wajib. Pendekatan dan intensitasnya bisa bervariasi tergantung pada institusi relevan yang menyampaikan komunikasi. Bagaimanapun, semua pihak seharusnya memiliki pemahaman yang sama tentang risiko dari transmisi HIV dan seluruh hambatan terkait, dan juga komitmen untuk mencegah transmisi tersebut dengan cara mempraktekkan kebiasaan seks aman. Penekanan akan diberikan pada advokasi dengan tujuan membangun dan mengimplementasikan komitmen mereka dalam bentuk kebijakan pengembangan dan implementasi.

**Kotak 1: Alasan untuk tidak menggunakan kondom
diantara PSP di Indonesia.**

Tujuan dari studi ini adalah untuk mengumpulkan data penggunaan kondom oleh PSP di lokalisasi di Indonesia dan untuk mempelajari alasan mereka tidak menggunakannya, dalam rangka memberikan promosi program penggunaan kondom dengan informasi yang ada dan baru untuk meningkatkan capaian mereka. Data kuantitatif yang telah dikumpulkan oleh KABP survei ($n=1450$) dan penggunaan kondom harian dengan responden 204 PSP. Data kualitatif telah dikumpulkan melalui diskusi kelompok terfokus dan wawancara yang mendalam antar PSP dan mucikari. Sekitar 53% dari hubungan seksual dilaporkan akan menggunakan pelindung, dan 12% nya didahului dengan perdebatan pelanggan yang menentang menggunakan pelindung. Hanya 5.8% PSP yang secara konsisten menggunakan kondom selama 2 minggu pengamatan dan keadaan tsb menurun menjadi 1.4% untuk 4 minggu. Alasan tidak menggunakan kondom adalah permintaan pelanggan mereka, seperti yang dijelaskan PSP, karena dirasakan mengurangi kenikmatan dan kepercayaan pelanggan bahwa PSP tidak memerlukan perlindungan untuk melawan penularan penyakit seksual (IMS) atau AIDS. Alasan utama PSP tidak menggunakan kondom karena mereka percaya teman laki-laki nya yang orang Indonesia dan pelanggan yang terlihat sehat tidak akan menularkan penyakit seksual. Alasan lain menyatakan bahwa PSP telah menggunakan pencegahan lain seperti antibiotik. Riset menunjukkan bahwa mucikari tidak mendukung program penggunaan kondom di Indonesia. Tidak dapat diterimanya kondom adalah alasan utama tidak digunakannya baik oleh pelanggan maupun PSP, sedangkan mucikari adalah posisi yang tepat untuk mendorong penggunaan kondom, sayangnya penggunaan kondom merupakan suatu ancaman dalam bisnis mereka. Untuk suksesnya pengenalan tentang penggunaan kondom secara konsisten, diperlukan desain intervensi baik PSP maupun pelanggan dan dengan memberikan materi pendidikan dan merek kondom yang disukai nya. Mucikari harus dilibatkan dalam program intervensi ini.

Sumber: AIDS Education and Prevention Author(s): Endang Basuki, Ivan Wolfers | Walter Devillé Noni Erlaini, Dorang Luhpuri, Rachmat Hargono, Nuning Maskuri, Nyoman Suesen, Nel van Beelen. Volume: 14 | Terbit: 2 April 2002, Hal: 102-116.

<http://www.atypon-link.com/GPI/doi/abs/10.1521/aeap.14.2.102.23901>

Tujuan komunikasi dan sebuah analisis partisipasi dari orang-orang terlibat yang harus didekati diberikan pada Tabel 4 di bawah.

Tabel 4: Populasi Kunci: PSP.	
ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN Meningkatkan dukungan dan komitmen dari pembuat keputusan dan kelompok-kelompok berpengaruh untuk mengimplementasikan dan meningkatkan intervensi komprehensif untuk PSP: 1. Strategi nasional terintegrasi di antara menteri teknis / kantor pemerintahan (Menteri Kebudayaan dan Pariwisata, Menteri Sosial, Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri) dalam mengatasi IMS, HIV, dan masalah AIDS di populasi utamanya masing-masing. 2. Pemetaan akurat tentang pusat-pusat hiburan di seluruh provinsi dan menentukan daerah intervensi IMS, HIV, dan AIDS. 3. Regulasi tentang pusat-pusat hiburan untuk mengimplementasikan program intervensi IMS, HIV, dan AIDS. 4. Meningkatkan akses ke layanan kesehatan berkualitas yang mudah dicapai dan terjangkau untuk mencegah dan mengatasi IMS, HIV, dan AIDS. 5. Kebijakan dan sistem untuk memastikan kondom yang cukup dan terjangkau beserta persediaan lainnya. Persediaan tersebut harus tersedia di pusat-pusat hiburan. 6. Usaha sistematis untuk mengatasi isu-isu, mitos, dan salah pengertian yang bertentangan dengan intervensi IMS, HIV, dan AIDS. a. Menghapus stigma tentang kondom. b. Menghapus mitos tentang pengobatan sendiri atau pengobatan alternatif. 7. Kebijakan seharusnya memperhitungkan posisi tawar PSP dan haknya untuk kesehatan seksual dan reproduksi.	TUJUAN 1. Meningkatkan pengetahuan PSP tentang HIV dan AIDS, menghilangkan mitos dan salah pengertian. 2. Meningkatkan keterampilan PSP untuk melindungi diri sendiri dan yang lain dari HIV dan IMS, terutama dalam bernegosiasi tentang penggunaan kondom. 3. Mendapatkan komitmen dari mami dan germo perihal penggunaan kondom oleh PSP. 4. Meningkatkan kebiasaan sehat PSP – VCT, perawatan IMS, CST untuk HIV dan AIDS. 5. Meningkatkan keterampilan penyuluhan dari penyedia layanan kesehatan untuk dapat secara tepat memenuhi kebutuhan PSP sesuai dengan standar kualitas kepedulian terhadap manajemen IMS dan pencegahan HIV. 6. Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap PSP – terutama di antara penyedia layanan kesehatan.
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: 1) KPA Nasional dengan kementerian-kementerian anggota, terutama Departemen kebudayaan dan Pariwisata, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan; Departemen Informasi dan Komunikasi. 2) Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 3) Pemerintah provinsi dan kantor-kantor pemerintahan yang berhubungan. 4) KPA tingkat provinsi. Aliansi: 1) Polisi. 2) Perusahaan Kondom. 3) LSM dan Organisasi Berbasis Masyarakat. 4) Media Massa. 5) Organisasi Penelitian/Universitas/ Biro Statistik Nasional. 6) Donor. Penjaga gerbang: 1) Wakil rakyat. 2) Organisasi berbasis kepercayaan. 3) Pemimpin agama dan masyarakat. 4) Organisasi berfokus pada gender. 5) Media massa.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran Primer: 1) PSP di rumah prostitusi, 2) PSP di tempat hiburan dan pantai pijat, 3) PSP di jalan. Sasaran Sekunder: 1) Germo/Manajer/Pemilik. 2) Klien PSP. 3) Suami/isteri atau pasangan seksual reguler PSP. Sasaran Tersier: 1) Polisi. 2) Polisi Sipil (Pemang Praja/Tramtib). 3) Pemimpin formal lokal. 4) Pemimpin agama/masyarakat. 5) Penjaga. 6) Pihak lokal spesifik lainnya (berbeda antara satu tempat dengan tempat lainnya). 7) Staf pemerintahan yang berhubungan. Petugas lapangan: 1) Petugas lapangan LSM, 2) Pendidik sebaya. 3) Penyedia layanan kesehatan.

ii. Pendekatan

Tidak ada cara lain selain dengan menekankan kepada PSP bahwa setiap kegiatan seks tidak terlindungi yang mereka lakukan akan memaparkan mereka ke risiko tertular HIV atau transmisi IMS. Mereka harus mengerti bahwa sekali mereka terjangkit HIV tidak ada obat penyembuhnya dan akibatnya akan ditanggung seumur hidup dan bisa menurunkan efektivitas mereka dalam hidup, tetapi situasi ini dapat dicegah. Pendekatan seharusnya fokus pada membangun kesadaran dan pemahaman, bukan menanamkan ketakutan. Komunikasi di sini akan menekankan PSP untuk menjaga kesehatannya sehingga memastikan mereka bisa tetap bekerja dan mendukung diri sendiri beserta keluarga. Melalui pemahaman seperti itu, PSP diharapkan untuk merawat lebih baik diri mereka sendiri dengan cara: menggunakan kondom untuk transaksi seksual, mencari layanan kesehatan untuk diagnosis dan pengobatan, serta melindungi dan merawat diri mereka sendiri dengan lebih teratur.

iii. Jalur Komunikasi dan Metoda

PSP di lokalisasi: Perempuan di lokalisasi lebih mudah untuk dijangkau karena keberadaan mereka yang tetap. Hal ini tidak berarti bahwa mereka tidak bergerak karena banyak PSP di beberapa propinsi yang pindah dari kota ke kota, meskipun mereka sering cenderung mencari sebuah tempat industri seks suatu kota. PSP di beberapa propinsi memperoleh informasi tentang HIV dan AIDS melalui praktek pendidikan rutin oleh Dinas Sosial dan Bina Mitra. Bagaimanapun, masalah di sini adalah bahwa aktivitas tersebut sering dilakukan secara rutin dan berulang tanpa memperkenalkan modifikasi apapun. PSP sering tidak menghadiri pertemuan rutin karena bosan. Lagipula, sesi dalam kelompok yang lebih besar menghambat kesempatan untuk dialog yang baik dan sesi tanya jawab. Pendekatan menggunakan pelatihan dari pendidik sebaya dalam masing-masing tempat usaha tidak selalu berjalan sesuai dengan yang diharapkan karena seringkali tempat-tempat usaha tersebut kurang bekerja sama.

Untuk program massa yang akan datang di rumah prostitusi:

1. Diperlukan bermacam-macam program untuk PSP. Menonton film/video diikuti oleh diskusi kelompok kecil perlu dilakukan untuk memastikan interaksi terjadi dan menghilangkan kebosanan. Jika memungkinkan, permainan dan latihan juga harus dimasukkan, atau materi subjek lainnya (contoh: demonstrasi keterampilan seperti memasak dll) untuk menjaga peserta tetap memperhatikan.
2. Diskusi kelompok perlu dilakukan untuk memastikan pesan-pesan dapat didiskusikan bersama dan diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.
3. Orang-orang dari latar belakang berbeda seharusnya diundang untuk program tatap muka. Sebagai contoh, tokoh perempuan atau masyarakat. Hal ini dilakukan untuk membuat perubahan atmosfir dan memotivasi serta menginspirasi para perempuan, dan menghilangkan rasa terkucil.

4. Untuk memastikan bahwa pendidik sebaya yang dilatih untuk masing-masing tempat usaha bisa melakukan kewajiban mereka dengan baik, diperlukan dukungan dari manajer dan geromo. Mereka perlu diberikan pendidikan khusus melalui diskusi kelompok, jika memungkinkan. Kerja sama di antara manajer juga sangat dibutuhkan karena kolaborasi mereka dalam usaha pencegahan merupakan salah satu kunci sukses program tersebut.

PSP di Tempat-Tempat Hiburan dan Panti Pijat: Operasi program pendidikan dan penyuluhan di tempat-tempat hiburan dan panti pijat sebenarnya bisa mengikuti mekanisme yang digunakan di lokalisasi. Kuncinya di sini adalah kemauan dari pemilik dan manajer tempat-tempat tersebut untuk menyelenggarakan aktivitas tersebut dan meyakinkan para pekerja mereka untuk berpartisipasi dalam program tersebut.

Penjaja Seks Jalanan: Dengan mempertimbangkan bahwa lokasi operasi dan sifat mereka yang tersembunyi, pendekatan langsung ke PSP jalanan akan melibatkan pekerja untuk pendekatan langsung, biasanya dari LSM/Organisasi Berbasis Masyarakat. Efektivitas dari pekerjaan ini akan sangat bergantung pada konsensus tentang waktu yang tepat untuk menyelenggarakan aktivitas pendidikan. PSP jalanan memiliki jaringan pertemanan, dan oleh karena itu, pendekatan langsung awalnya akan lebih fokus pada kader yang kemudian akan mengajukan pekerja pendekatan langsung kepada teman mereka dan mengundang teman mereka untuk berpartisipasi. Meskipun mereka tidak perlu memiliki seorang geromo secara resmi, perempuan-perempuan ini biasanya memiliki "pasangan" yang bisa jadi merupakan teman lelaki atau pemimpin kelompok. Karena hubungan antara PSP jalanan dan "pasangan" mereka, pendekatan langsung ke pihak terakhir tersebut diperlukan untuk memastikan kerja sama mereka dan pemahaman mengapa usaha pencegahan risiko diperlukan.

PSP Tersembunyi: Sejauh ini, usaha untuk menjangkau pekerja seks tersembunyi telah terbukti jauh lebih sulit, bukan hanya karena tidak adanya daerah operasi yang terdefinisi, tetapi juga karena kerahasiaan mereka. Bagaimanapun, berdasarkan informasi individual, mereka bisa didekati, meskipun diperlukan waktu untuk mendapat kepercayaan mereka. Pekerja pendekatan langsung perlu membangun kepercayaan dengan cara merahasiakan identitas para PSP tersebut. Hal ini akan memainkan peran utama untuk dapat sukses menjangkau mereka. Pekerja lapangan LSM lebih mungkin untuk menjangkau perempuan-perempuan ini daripada staf pemerintahan.

Layanan pencegahan yang disediakan untuk PSP adalah komunikasi untuk perubahan perilaku melalui pendidikan sebaya dan pendekatan langsung, pengobatan infeksi yang menular secara seksual, dan promosi kondom lelaki dan perempuan. VCT seharusnya dibuat tersedia dan perawatan HIV seharusnya disediakan pada tingkat kualitas yang sama kepada seluruh warga Indonesia. Pada saat ini cakupan layanan-layanan ini di kebanyakan dari 12 provinsi

adalah sekitar 33%. Telah ditunjukkan bahwa ketika pekerja seks dijangkau oleh program pencegahan, ada peningkatan signifikan dalam penggunaan kondom secara reguler. Pada tahun 2007 data IBSS menunjukkan antara 65% dan 70% penaja seks dilaporkan menggunakan kondom secara reguler, meningkat dari 10% pada tahun 2002 (Departemen Kesehatan, 2007).

Lihat **Lampiran 4** untuk contoh sukses melalui perubahan struktural dalam industri seks dan juga perubahan perilaku.

c) Laki-laki yang Berhubungan Seks dengan Laki-laki (LSL) dan Waria

i. Definisi, faktor perilaku dan kontekstual

KPA Nasional melaporkan: LSL dan waria masih terpinggirkan di Indonesia. Walaupun subpopulasi ini memainkan peranan penting dalam penyebaran HIV, hanya sedikit cara dan usaha yang telah ditargetkan untuk kaum homoseksual dan transgender. Marjinalisasi yang mereka alami memaksa banyak laki-laki homoseksual untuk menjalani hidup sebagai heteroseksual yang sesuai dengan nilai-nilai yang ada di masyarakat, sementara di saat bersamaan menyembunyikan homoseksualitas mereka. Oleh karena itu, tidak mudah untuk mencapai kelompok yang rapuh ini dengan menggunakan pesan yang tidak mengena. Marjinalisasi yang dialami kaum homoseksual juga mengakibatkan kurangnya rasa percaya dan keengganan untuk berhubungan dengan dunia luar, kurangnya penyebaran dari informasi yang diperlukan, dan melakukan seks tidak aman dengan derajat tinggi. Situasi ini akan benar-benar mempengaruhi masyarakat sebagai akibat dari anggota dari komunitas ini berhubungan seksual baik dengan perempuan dan laki-laki lain. (KPA Nasional, Strategi Nasional 2003-2007).

Beberapa LSL dan banyak waria bertindak sebagai penyedia layanan seks untuk laki-laki yang homoseksual dan biseksual. Penggunaan kondom pada hubungan-hubungan seperti ini rendah karena program kondom lebih berfokus terhadap PSP daripada populasi lainnya, walaupun risiko dari HIV melalui IMS besar dalam perilaku LSL. Angka nasional dari LSL yang menggunakan kondom pada saat terakhir mereka melakukan seks anal adalah 40% (Depkes, 2006). Diperkirakan baru 40% dari LSL dapat dicapai oleh pelayanan pencegahan dengan komunikasi perubahan perilaku melalui pendidikan sebaya dan penyuluhan, perawatan penyakit menular seksual, dan promosi kondom (KPA Nasional, 2007). Untuk kaum waria pelayanan pencegahan yang utama adalah komunikasi perubahan perilaku dan promosi kondom untuk laki-laki.

Bagaimanapun, studi lebih lanjut tentang perilaku seksual belum dilaksanakan. Data program menunjukkan bahwa distribusi kondom dan akses terhadap VCT diantara para waria cukup tinggi. Sementara itu juga dilaporkan bahwa sampai 85% dari waria di beberapa perkotaan sudah bisa dicapai oleh pelayanan pencegahan dari komunikasi perubahan perilaku melalui pendidikan sebaya dan penyuluhan, Perawatan IMS dan promosi kondom, tetapi lingkup intervensi

secara keseluruhan untuk waria benar-benar jauh dari optimal (KPA Nasional, 2007).

Analisis dibawah ini (tabel 5 dan 6) mengungkapkan tujuan-tujuan komunikasi dari strategi komprehensif untuk LSL dan waria. Analisis ini juga memberikan gambaran detail dari pemain-pemain laki-laki yang harus terlibat dalam pendekatan komprehensif terhadap kelompok ini.

Tabel 5: Populasi Kunci: LSL.

ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN 1. Mendukung pengembangan dan penerapan dari hukum dan kebijakan-kebijakan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap LSL. 2. Memosisikan LSL untuk menerima hak-hak hukum dan sosial yang sama. 3. Meraih dukungan dari Menteri Sosial dan Menteri Kebudayaan dan Pariwisata dalam memperbolehkan LSL melakukan aktivitas yang berhubungan dengan LSL, seperti kontes, hiburan, dll. 4. Mengembangkan dan menerapkan kebijakan untuk mencegah kekerasan terhadap LSL oleh polisi. 5. Meraih dukungan dari Depkes dalam meningkatkan jumlah dan kualitas dari fasilitas pusat kesehatan yang ramah terhadap LSL.	TUJUAN 1. Meningkatkan pengetahuan tentang seksualitas laki-laki diantara pekerja kesehatan dan rumah sakit. 2. Meningkatkan praktik seks aman diantara LSL dengan menggunakan kondom (100%). 3. Meningkatkan jumlah kunjungan LSL di penyedia layanan kesehatan untuk pengobatan IMS, VCT dll. 4. Meningkatkan pengetahuan tentang IMS, HIV dan AIDS diantara LSL. 5. Meningkatkan jumlah dari LSL pencari informasi tentang IMS, HIV dan AIDS. 6. Meningkatkan jaringan pendukung LSL diantara semua lapisan masyarakat, tanpa memandang status ekonomi dan sosial. 7. Mengurangi kesenjangan dan eksklusivitas diantara kelompok LSL dan untuk meningkatkan pertukaran informasi diantara mereka.. 8. Mengurangi stigma dan diskriminasi dan meningkatkan penerimaan akan LSL oleh masyarakat umum.
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: KPA Nasional dan anggotanya, terutama petugas untuk LSL/waria, Depkes, Departemen Hukum dan HAM dan Departemen Dalam Negeri. Aliansi: 1) Media massa; 2) Departemen Kebudayaan dan Pariwisata; 3) Distributor dan pabrik kondom; 4) Universitas/ departemen penelitian; 5) Agen donor; 6) Organisasi kemasyarakatan (untuk pemuda dll). Penjaga gerbang: 1) Legislatif; 2) Kepolisian; 3) Organisasi berbasis agama; 4) Pemimpin agama dan kemasyarakatan; 5) Departemen Kebudayaan dan Pariwisata; 6) Komisi Nasional HAM.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran Primer: 1) LSL tertutup (biseksual, gay, laki-laki pekerja seks) 2) LSL terbuka (biseksual, gay, laki-laki pekerja seks). Sasaran Sekunder: 1) Pemilik dari fasilitas-fasilitas hiburan, panti pijat, spa. Sasaran Tersier: 1) Polisi daerah; 2) Tramitib; 3) Pemimpin agama dan kemasyarakatan. Petugas lapangan: 1) Pekerja sosial dan LSM; 2) Pendidik sebaya termasuk orang kunci di pusat LSL (tempat dimana para LSL berkumpul); 3) Papi (pemimpin kelompok) dan kelompok pendukung; 4) Penyedia layanan kesehatan; 5) Sukarelawan.

ii. Pendekatan

Advokasi: Meningkatkan kesadaran polisi dan pihak berwenang, manajer kesehatan dan pelayanan sosial, dan media, tentang kenyataan dan kerapuhan dari LSL adalah sebuah tugas yang menantang karena perilaku yang didiskusikan adalah hal tabu. Bagaimanapun, advokasi seperti ini dapat terjadi melalui kontak antar pribadi, presentasi bertarget dalam seminar, dan pertemuan pribadi. Lembaran-lembaran fakta sederhana mungkin berguna untuk ditinggalkan. Media massa dapat digunakan di area-area yang telah mencapai tingkat penerimaan tapi harus dihindari jika justru cenderung meningkatkan stigma.

Tabel 6: Populasi Kunci: Waria.

ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN Sama seperti untuk LSL ditambah: 1. Mengembangkan dan menerapkan kebijakan yang mengatur persamaan hak dan akses untuk kesempatan bekerja bagi waria. 2. Strategi nasional terpadu diantara petugas teknis kementerian/ pemerintahan (Departemen Kebudayaan dan Pariwisata; Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, dan Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi) dalam melumpuhkan masalah IMS, HIV dan AIDS waria. 3. Meningkatkan akses waria untuk bisa lebih mudah dicapai dan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau untuk mencegah dan melumpuhkan IMS, HIV dan AIDS. 4. Memperbolehkan waria untuk berekspresi sebagai waria dalam setiap kesempatan (aktivitas sosial, tempat kerja dll.) 5. Mengadvokasi media dan anggota media terlatih untuk mempublikasi informasi yang akurat dan bertujuan tentang waria.	TUJUAN Sama seperti untuk LSL ditambah: 1. Meningkatkan kepercayaan diri waria melalui pelatihan keterampilan hidup untuk melindungi diri mereka dari infeksi dan pelecehan. 2. Meningkatkan penerimaan terhadap waria di antara keluarga dan masyarakat. 3. Meningkatkan pengetahuan waria tentang kesehatan seksual dan reproduksi. 4. Meningkatkan pengetahuan waria tentang penularan, pencegahan, dan pengobatan untuk IMS dan HIV melalui praktik seks aman. 5. Meningkatkan akses berkelanjutan waria terhadap pelayanan kesehatan: layanan VCT dan STI.
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: KPA Nasional dan anggotanya, terutama petugas gay/waria, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan. Aliansi: 1) Media massa; 2) Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi; 3) distributor dan pabrik kondom; 4) Universitas lembaga penelitian; 5) Agensi donor. Penjaga gerbang: 1) Wakil rakyat; 2) Polisi; 3) Organisasi berbasis agama dan pemimpin keagamaan dan masyarakat; 4) Departemen Kebudayaan dan Pariwisata; 5) Departemen Pendidikan Nasional; 6) Komnas HAM; 7) Organisasi pengembangan SDM; 8) Organisasi yang berfokus pada gender.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran primer: 1) Waria (pekerja seks); 2) Waria (bukan pekerja seks). Sasaran sekunder: 1) Waria senior (Mami/Gernmo); 2) Pasangan tetap dari waria. Sasaran tersier: 1) Polisi daerah; 2) Tramtib; 3) Ketua RT/RW; 4) CBO – pemimpin masyarakat; 5) Pemimpin kesgamaan; 6) Preman. Petugas lapangan: 1) Pekerja sosial dari LSM; 2) Pendidik sebaya; 3) Penyedia layanan kesehatan; 4) Sukarelawan.

iii. Jalin Komunikasi dan Metoda

Komunikasi Antar Pribadi dan Konseling (KAPK): untuk memfasilitasi perubahan perilaku yang mengurangi risiko dari HIV, LSL membutuhkan layanan komunikasi antar pribadi dan konseling (KAPK). Para pakar kesehatan dan penyedia layanan sosial harus dipersiapkan untuk mengkonsel klien LSL dalam perilaku seks yang lebih aman, perawatan IMS, dan VCT. Penyedia layanan kesehatan biasanya sering merasa tidak nyaman dalam mendiskusikan isu ini dengan LSL, karena mereka percaya bahwa perilaku mereka itu salah dan tidak bermoral. Stigma seperti ini bisa mencegah LSL untuk mengungkapkan kecenderungan seksual atau identitas mereka, oleh karena itu pengurangan kesempatan dalam hal mereka akan menerima informasi dan konseling dibutuhkan. Pakar kesehatan bisa dilatih dalam teknik konseling dengan LSL untuk membantu menghilangkan stigma. Konseling itu penting, tidak hanya dalam pengambilan keputusan tentang penggunaan kondom dan perilaku seksual, namun juga dalam menekan faktor risiko HIV lainnya yang berhubungan dengan beberapa LSL, contohnya seperti penggunaan obat-obatan terlarang dan pekerjaan seks komersial.

Pendidikan sebaya: Pendidik sebaya benar-benar penting dalam program komunikasi LSL. Pendidikan sebaya melibatkan pengetahuan dan keterampilan orang dengan empati yang sangat baik dan dapat digunakan untuk mengakses LSL yang lebih sulit dijangkau. Teman sebaya biasanya dapat meraih kepercayaan dan membangun kredibilitas yang tidak bisa dilakukan oleh orang luar. Mereka akan dihakimi lebih sedikit daripada orang luar dan juga dapat digunakan untuk mendidik LSL lain dalam penggunaan kondom yang benar, distribusi kondom dan pelumas, dan menyarankan klien mereka untuk menggunakan layanan lain ketika dibutuhkan. Aktivitas- aktivitas ini dapat dilakukan dalam latar berbasis fasilitas atau di tempat-tempat yang lebih tidak formal. Tempat-tempat dan klub gay sangat mungkin digunakan sebagai tempat untuk pendidikan peer yang informal. Pada beberapa daerah di Indonesia dimana perilaku LSL sangat terkontrol, pesta pribadi bisa menjadi jalur yang tepat untuk aktivitas komunikasi. Pengaturan sosial merupakan ruang yang sangat tepat untuk kegiatan edukasi yang kreatif atau kadang bahkan eksplisit seperti games dan kontes (contohnya kontes dengan hadiah karena dengan sukses mendemonstrasikan pemakaian kondom pada model penis).

Pengawasan untuk bahan komunikasi: LSL membutuhkan informasi yang akurat tentang HIV untuk melindungi diri mereka dan pasangan mereka. Program dapat menyediakan alat bagi LSL untuk mencegah HIV melalui bahan-bahan informasi dan komunikasi. Banyak LSL tidak cukup tahu mengenai HIV untuk mau melakukan pengukuran pencegahan atau mungkin percaya bahwa ini hanyalah "penyakit dari barat", penyakit penasin, atau penyakit dari laki-laki gay yang tidak bisa mereka identifikasi. Ketika LSL distigma besar-besaran, bahan-bahan sampingan dapat diciptakan yang lebih tidak terlihat. Hal ini bisa diubah menjadi format kartun supaya lebih lucu dan menarik.

Hotline: *hotline* telepon bisa menyediakan informasi tentang IMS dan konseling HIV yang berkualitas, seperti juga sistem rujukan, Konselor juga harus dilatih dalam konseling isu-isu seksualitas dan identitas seksual untuk laki-laki yang bertanya-bertanya atau berjuang dengan kecenderungan seksual mereka. *Hotline* sangat penting untuk orang-orang yang ingin tetap tidak diketahui identitasnya.

Internet: Internet bisa digunakan sebagai alat bagi orang-orang untuk bertemu dan bersosialisasi. Internet juga telah digunakan sebagai alat jaringan sosial, terutama diantara LSL yang dapat mengakses internet secara leluasa. LSL menggunakan internet untuk bertemu pasangan dan “chat” *on-line*, dan ini juga bisa digunakan untuk menyampaikan informasi pencegahan HIV dan lokasi untuk pelayanan. LSL biasanya memiliki pendidikan dan keterampilan di atas rata-rata, maka dari itu jalur ini benar-benar potensial.

Jalur ke layanan: karena mereka sangat sering mengalami stigma, LSL mungkin merasa sangat tidak nyaman untuk mengakses layanan di tempat-tempat seperti klinik atau mungkin tidak menyadari bahwa mereka berisiko dan harus mencari pelayanan. Banyak kelompok LSL dan proyek intervensi telah menyediakan tempat yang aman dan nyaman untuk LSL untuk mendapatkan informasi, dukungan, konseling, kondom dan pelicin, atau bahkan layanan klinik. Pusat-pusat pengecekan harus dibangun di lokasi yang nyaman untuk LSL dan harus tetap buka di waktu yang paling tepat yang mereka butuhkan. Mereka dapat menyediakan tempat yang aman untuk LSL, layanan konseling, program pendidikan mitra sebaya, layanan hotline, persediaan kondom, dan *coffee shop*. Bekerja di tempat seperti itu, pekerja luar dapat menawarkan bahan komunikasi, kondom, konseling, dan perawatan di bar, rumah, jalan, taman, atau di gym. Untuk menekan faktor-faktor yang bisa membuat LSL rapuh terhadap HIV, program harus menyediakan layanan yang pantas, ramah, seperti perawatan untuk pecandu obat-obatan terlarang, layanan IMS dan VCT, pusat perawatan umum, dan konseling pekerjaan.

d) Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)

i. Definisi, faktor perilaku dan kontekstual

ODHA adalah orang-orang yang terinfeksi HIV dan/atau sudah menunjukkan gejala AIDS. Ada juga “orang yang terkena dampak oleh HIV dan AIDS”- mereka yang paling dekat atau hidup dengan ODHA (di Indonesia disebut OHIDHA). Seseorang mengetahui bahwa dia adalah ODHA ketika dia dites dan hasilnya terbukti positif dengan tes kedua. Program pendukung ini dimulai dengan pemberian layanan perawatan kesehatan, konseling dan bantuan terhadap ODHA.

Secara umum, ODHA tidak terbuka kepada orang lain tentang status mereka, karena risiko stigma dan diskriminasi dalam masyarakat. Beberapa ODHA mulai terbuka dan mereka berbicara kepada publik untuk memberikan dukungan dan juga mengadvokasi dan berkomunikasi untuk hak mereka. Kelompok dukungan

menyediakan perlindungan untuk ODHA supaya bertukar pengalaman dan juga masalah yang sedang dialami dalam kehidupan sehari-hari dalam berhubungan dengan infeksi dan/atau penyakit mereka. Melalui kelompok dukungan, ODHA juga bisa mendapatkan kekuatan untuk peningkatan kualitas hidup karena mengakses ART dan perawatan untuk infeksi oportunistik, sebagaimana dukungan moral. Melalui kelompok dukungan, secara bertahap ODHA sampai pada posisi untuk memainkan peran positif dalam keluarga dan lingkungan sosial terdekat mereka.

ii. Pendekatan

Pendekatan yang dilakukan dalam mencapai ODHA adalah pelatihan dan kegiatan pengembangan keterampilan untuk membolehkan mereka memiliki hidup yang produktif. Organisasi ODHA telah melakukan kampanye publik untuk menyampaikan pesan bahwa memberikan stigma dan diskriminasi kepada ODHA adalah tidak benar dan program pencegahan HIV telah memberikan pengaruh positif terhadap kehidupan para ODHA dan masyarakat.

iii. Jalur Komunikasi dan Metoda

Sejak awal, strategi komunikasi harus melibatkan rujukan ke rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya yang memiliki pelayanan VCT. Melalui proses ini, ODHA bisa dirujuk ke kelompok dukungan, dan LSM yang memiliki jenis layanan serupa. Bagaimanapun, tidak semua daerah memiliki VCT atau LSM dan organisasi berbasis komunitas yang menyediakan dukungan untuk ODHA.

Bisa diasumsikan bahwa dalam kelompok dengan perilaku berisiko tinggi, seperti PSP, penasun, LSL dan waria, sangat tidak mungkin untuk mendekati mereka sebagai ODHA, kecuali jika mereka sendiri tahu dan ingin untuk mengenali status mereka. Dalam komunikasi dengan kelompok ini, informasi umum dapat diberikan tentang apa yang harus diketahui oleh orang yang HIV-positif untuk melindungi dan merawat diri mereka sendiri, cara bagaimana untuk melindungi orang lain yang berinteraksi dengan mereka. Ini akan membuat mereka tetap menjaga status HIV mereka tetap tertutup, jika itu yang mereka inginkan, sewaktu mengakses informasi yang dibutuhkan.

Tujuan komunikasi dan analisis partisipasi untuk ODHA diberikan berikut ini (tabel 7).

Tabel 7: Populasi Kunci: ODHA.

ADVOKASI

TUJUAN

1. Mengadvokasi legislasi/rekomendasi kebijakan/kerangka acuan dalam meningkatkan kualitas dari pusat layanan kesehatan pemerintah dan swasta untuk HIV dan AIDS, perawatan kaspro dan layanan pendukung (termasuk diagnosis IMS dan IO dan perawatan, dan layanan untuk VCT, PMTCT, dan ART, dengan basis perawatan rumah, perawatan psikososial yang ramah, dapat diakses dan terjangkau oleh semua ODHA.
2. Meningkatkan kepedulian media dan penjaga gerbang media untuk meningkatkan laporan HIV dan AIDS yang akurat dan sensitif dan perawatan dan image dari ODHA untuk mengurangi stigma.
3. Mempengaruhi pembuat kebijakan melalui rekomendasi/acuan dalam meningkatkan ketersediaan dan kemudahan untuk diakses dari kondom yang berkualitas.
4. Memperbesar keterlibatan dari ODHA dalam semua aspek program HIV dan AIDS.
5. Membangun kemitraan dengan pemimpin industri dan lain-lain dari sektor bisnis untuk menciptakan kebijakan tempat kerja yang tidak mendiskriminasi ODHA.
6. Meningkatkan dukungan untuk jaringan ODHA.

ANALISIS PARTISIPASI

Mitra: 1) KPA Nasional dengan Depkes dan semua anggota kementerian, 2) LSM yang berfokus pada hak-hak ODHA, 3) Komnas HAM.

Aliansi: 1) Media massa, 2) Distributor dan pabrik kondom, 3) Komunitas bisnis hiburan, 4) FBO, 5) Departemen Agama, 6) Serikat Pekerja Indonesia.

Penjaga gerbang: 1) Lembaga perwakilan, 2) Kepolisian, 3) Beberapa Organisasi berbasis agama dan pemuja agama, 4) Pemuja masyarakat.

KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU

TUJUAN

1. Meningkatkan pengetahuan yang benar tentang pencegahan, perawatan, pengobatan dan dukungan diantara ODHA, keluarga, dan teman mereka.
2. Meningkatkan perilaku mencari pelayanan kesehatan diantara para ODHA dari penyedia layanan kesehatan yang berkualitas.
3. Meningkatkan kualitas dari konseling dan layanan perawatan yang tersedia untuk ODHA, dan pasangan mereka.
4. Mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHA oleh penyedia layanan kesehatan.
5. Meningkatkan penerimaan ODHA dalam keluarga dan masyarakat.
6. Meningkatkan praktik seks aman oleh ODHA dengan:
 - a. penggunaan kondom
 - b. tidak bertukar jarum dan alat suntik

ANALISIS PARTISIPASI

Sasaran primer: 1) ODHA dari populasi kunci; 2) ODHA dari populasi umum yang menolak HIV dan AIDS dari populasi kunci.

Sasaran Sekunder: 1) Pasangan dan anggota keluarga dari ODHA, 2) Pegawai, pengawas, manajer.

Sasaran Tersier: 1) Polisi daerah, 2) Organisasi berbasis agama, 3) Pemuka agama dan masyarakat.

Petugas lapangan: 1) Pekerja sosial dari LSM, 2) Pendidik sebaya, 3) Penyedia layanan kesehatan, 4) Sukarelawan.

3. Populasi Umum

a) Laki-laki sebagai pelanggan PSP

i. Definisi, faktor perilaku dan kontekstual

Laporan UNGASS KPA Nasional 2006-2007 melaporkan: "Data terakhir mengenai status dari epidemi HIV di Indonesia diambil dari laporan 'Perkiraan Populasi Orang Dewasa yang Berisiko Infeksi HIV Pada Tahun 2006' berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan dan KPA Nasional. Laporan ini memperkirakan 4 sampai 8 juta orang di Indonesia memiliki risiko tinggi terkena HIV, sebagian besar terdiri dari 2 sub-populasi: pelanggan dari penaja seks (3,1 juta), dan pasangan penaja seks (1,8 juta). Di antara jumlah yang diperkirakan hidup dengan HIV di Indonesia, 46% adalah penderita penasun dan 14% adalah pelanggan dari penaja seks. Hal ini semakin rawan pada penasun, yang sebagian dari mereka juga sebagai pelanggan dan penaja seks."

Laki-laki yang sering berpindah-pindah seperti supir truk, pelaut, pekerja konstruksi dan perkebunan, polisi, dan militer dapat dijangkau di lokasi mereka membeli seks. Laki-laki lain, seperti pegawai dan buruh pabrik, wiraswastawan dan pegawai negeri, bisa dijangkau melalui tempat kerja dan organisasi mereka. Menjangkau mereka ketika transaksi seksual tidak selalu terjadi, dan bisa juga menjadi tidak efektif. Namun, di luar area transaksi, hanya sebagian laki-laki yang mau mengakui perilaku mereka dalam hal bertukar pasangan atau menggunakan layanan PSP. Maka dari itu, pendekatannya akan berbeda tergantung dari lokasi.

ii. Pendekatan

Fokus dari komunikasi pada laki-laki adalah untuk membuat mereka mengerti dan sadar bahwa perilaku seksual mereka meningkatkan risiko terinfeksi HIV dan pencegahan adalah hal yang mungkin dilakukan melalui sejumlah metoda dan pilihan yang bisa mereka pilih sesuai dengan pilihan mereka. **Pendekatan ABC** (**A**nda jauhi seks, **B**ersikap saling setia dengan pasangan, **C**egah dengan kondom—**A**bstinence, **B**e faithful to one partner, or use **C**ondoms) harus disampaikan pada mereka agar mereka memikirkan perilaku dan mempengaruhi keputusan mereka. Penggunaan poin "Kesehatan Seksual Laki-laki" harus dipertimbangkan, terutama daerah dimana komersialisasi seks berada. Hal ini mencakup semua aspek mencakup perawatan personal terhadap berbagai penyakit dan fungsi seksual, termasuk proteksi melawan HIV. Dengan menggunakan pendekatan ini, penyampaian pesan tidak hanya eksklusif memperhatikan HIV dan AIDS, fokus yang sering menjadi alasan dibalik penolakan oleh laki-laki yang berpartisipasi dalam program ini. Pendekatan secara utuh terhadap kesehatan seksual akan lebih menimbulkan perhatian dan keingintahuan mereka.

iii. Jalur Komunikasi dan Metoda

Penjangkauan terhadap laki-laki akan ditampilkan secara komprehensif dengan memprioritaskan komunikasi langsung dan interaktif.

Tempat kerja terstruktur/tetap: Banyak laki-laki mempunyai pekerjaan dan menghabiskan waktu yang signifikan di lingkungan kerja. Tempat kerja menjadi satu dari tempat utama yang digunakan untuk menjangkau laki-laki. Jangkauan program ini bisa melibatkan aktivitas seperti komunikasi tentang penyediaan dan akses untuk fasilitas kesehatan seksual. Jangkauan program akan secara natural bergantung pada ketersediaan dana dan sumberdaya.

Mengingat tempat kerja formal mempunyai pembatasan waktu dan peraturannya sendiri, ada kebutuhan komitmen dari manajer tempat kerja yang relevan dalam hal waktu dan frekuensi aktivitas. Yang harus dipahami para manajer tempat kerja adalah programnya jangan bersifat sementara tetapi harus dilakukan secara berkesinambungan untuk mencapai efek yang diinginkan. Komitmen dari manajer tempat kerja adalah syarat untuk memulai program dan agar program berjalan dengan lancar.

Tempat kerja tidak berstruktur/berpindah: Tidak semua laki-laki bekerja di tempat yang tetap. Grup yang berisiko termasuk pekerja yang bekerja dengan mobilitas yang tinggi seperti supir truk, pelaut, pramuniaga, pekerja konstruksi dan perkebunan, militer, polisi, supir taksi, dan supir kendaraan umum. Pendidikan dan konseling untuk para laki-laki ini harus dilakukan sesuai jadwal kerja mereka atau dengan memanfaatkan waktu senggang mereka. Kesepakatan waktu adalah kunci dari menjalankan program tersebut.

Media massa yang ditargetkan dan dihubungkan dengan media lokal dan pelayanan lokal bisa digunakan untuk menjangkau tipe laki-laki tersebut. Hal ini termasuk memfokuskan pada titik-titik kunci infeksi HIV menggunakan serangkaian promosi dan aktivitas hiburan edukatif yang akan mencakup pendidikan tentang pencegahan, penguatan pesan-pesan kunci, termasuk penempatan poster dan papan iklan, dan acara-acara promosi tersasar lainnya. Hal ini diadakan bersama dengan proses pendidikan grup dan penjualan/distribusi kondom dan pelicin.

Tujuan komunikasi dan partisipasi analisis untuk para laki-laki tersebut diberikan pada tabel berikut ini (Tabel 8).

Tabel 8: Laki-laki sebagai pelanggan PSP.

ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN 1. Untuk mendapatkan komitmen dari pemimpin angkatan bersenjata dan polisi untuk melindungi bawahannya dari infeksi HIV. 2. Untuk membuat aturan penggunaan kondom 100% di bidang hiburan dan tempat seks komersial. 3. Untuk mendapatkan bantuan dari legislator untuk hukum/peraturan tentang IMS, pencegahan HIV dan AIDS, pelayanan dan perawatan untuk laki-laki. 4. Untuk mendapatkan bantuan dari Departemen Kesehatan pada setiap tingkatan agar menyediakan akses kesehatan yang mudah dijangkau dalam IMS, VCT, termasuk konseling yang berkualitas untuk para laki-laki. 5. Untuk meningkatkan akses kondom. 6. Untuk meningkatkan dukungan dari media untuk memposisikan isu HIV dan AIDS sebagai prioritas bagi pangsa laki-laki. 7. Untuk bergabung dengan semua pemimpin dari berbagai institusi untuk menggunakan pendekatan sensitif gender dalam berbagai aspek program (sosial, budaya, keamanan dan politik).	TUJUAN 1. Untuk meningkatkan pengetahuan akurat laki-laki tentang kesehatan umum, Kesehatan Reproduksi, seksualitas, IMS, HIV, dan AIDS. 2. Untuk meningkatkan keingintahuan tentang layanan kesehatan pada laki-laki 3. Untuk meningkatkan kewaspadaan tentang pendekatan ABC di antara laki-laki –Anda jauh! soka, Bersikap saling setia dengan pasangan, Cegah dengan kondom secara benar dan konsisten. 4. Untuk meningkatkan penggunaan kondom dalam aktivitas seksual beresiko tinggi pada laki-laki. 5. Untuk meningkatkan pengetahuan laki-laki tentang dampak negatif dari alkohol dan narkoba. 6. Untuk meningkatkan jumlah pasangan yang berdiskusi tentang seks dan pencegahan HIV dan AIDS dan melakukan tindakan-tindakan proteksi. 7. Untuk meningkatkan kemampuan laki-laki dalam bergabung dengan yang lain dalam berbagi informasi dan pengetahuan mengenai masalah kesehatan seksual (IMS, HIV, AIDS, dll).
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: 1) KPA Nasional dan anggotanya, terutama Departemen Kesehatan, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Departemen Kebudayaan dan Pariwisata, 2) BKKBN; 3) LSM, 4) Organisasi militer, 5) Komnas HAM. Aliansi: 1) Media massa, 2) Pabrik dan distributor kondom, 3) Kedin, 4) Komunitas bisnis hiburan, 5) Donatur, 6) Organisasi Keagamaan, 7) Departemen Agama, 8) Serikat Pekerja Indonesia. Penjaga gerbang: 1) Legislator, 2) Departemen kepolisian, 3) Pemimpin agama dan organisasi keagamaan, 4) Pemimpin komunitas.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran Primer: 1) Laki-laki yang bekerja di tempat tetap seperti buruh, PNS, TKI legal, 2) Laki-laki berpindah seperti militer, polisi, supir truk, pelaut, pramuniaga, pekerja konstruksi dan perkebunan, tentara, supir taksi, dan laki-laki transportasi umum. Sasaran Sekunder: 1) Komandan militer / polisi, 2) Supervisor/manager organisasi, 3) Pasangan / pendamping. Sasaran Tersier: 1) Kepolisian Lokal, 2) Organisasi Keagamaan, 3) Pemimpin masyarakat dan pemuka agama, 4) Kepala polisi; 5) Korpri, 6) Organisasi Perempuan Sipil. Petugas lapangan: 1) Pekerja sosial, 2) Pendidik sebaya, 3) Penyedia kesehatan, 4) Sukarelawan.

b) Perempuan sebagai pasangan seks tetap

i. Definisi, faktor perilaku dan kontekstual

"Perempuan" disini mengacu pada "pasangan seks tetap", dalam arti istri dan/ atau pasangan tetap laki-laki dengan perilaku seksual yang berisiko. Contohnya adalah para istri atau pasangan tetap yang tidak menikah. Pada umumnya para perempuan ini memiliki resiko yang sama sebagai konsekuensi dari perilaku pasangan mereka. Sebagian perempuan ini adalah ibu rumah tangga dan sebagian bisa jadi memiliki pekerjaan yang berbeda, sebagai petani atau pedagang.

ii. Pendekatan

Salah satu hal penting tentang para perempuan ini adalah peran mereka sebagai pasangan dan ibu yang mengurus kebutuhan sebuah keluarga, maka dari itu mereka perlu memperhatikan kesehatan mereka sendiri. Sebagian dari mereka harus merasakan bahwa kontribusi mereka (entah itu dalam bentuk kekuasaan, kekuatan, perhatian dan terkadang uang) berharga bagi keluarga mereka, walaupun terkadang hal itu tidak sering diakui secara terbuka. Melalui pembangunan kesadaran atas posisi mereka sebagai sentral dari sebuah keluarga, diharapkan mereka akan termotivasi untuk menjaga diri mereka sendiri dari resiko infeksi HIV dan IMS lainnya.

iii. Jalur Komunikasi dan Metoda

Organisasi perempuan: Di daerah kota, ada beberapa cara menjangkau perempuan walaupun hal itu tidak selalu mudah. Perempuan karir, istri para tentara, angkatan, atau polisi bisa dijangkau melalui perkumpulan dan organisasi profesi resmi. Organisasi-organisasi ini mempunyai anggota tetap dan aktivitas serta pertemuan rutin. Kerjasama dengan manajemen organisasi-organisasi tersebut merupakan hal penting agar program komunikasi tentang HIV dan AIDS bisa menjadi bagian dari agenda organisasi tersebut. Pertemuan dan diskusi grup yang dipadukan dengan acara seperti arisan, demonstrasi dan diskusi, akan membuat acara ini atraktif bagi para anggotanya.

Organisasi keagamaan: terutama pada bagian/divisi perempuan atau kelompok pengajian Muslim misalnya, juga bisa menjadi media. Ada kemungkinan untuk diskusi terbuka mengenai kesehatan, masalah seks dan HIV dan AIDS. Bentuk edukasi melalui teman sebaya bisa menjadi sangat penting untuk aktivitas baru dan menghilangkan keraguan untuk mendiskusikan hal-hal yang dinilai tabu. Organisasi keagamaan mempunyai akses yang paling tinggi di daerah perkampungan, karena mereka juga ada pada level komunitas, baik di perkampungan dan perkotaan.

Keterlibatan isteri para pegawai daerah juga membangkitkan motivasi dan keberanian. Keterlibatan para perempuan ini akan menarik perhatian perempuan lainnya. Namun, keterlibatan tersebut hendaknya jangan bersifat sekali-sekali tapi harus konsisten dan berkelanjutan. Tujuan komunikasi dan analisis partisipasi untuk para perempuan tersebut terdapat berikut ini (Tabel 9).

Table 9: Perempuan sebagai pasangan seks tetap.

ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN 1. Untuk melawan rancangan undang-undang yang mengandung diskriminasi terhadap perempuan. 2. Untuk menghilangkan stigma, diskriminasi, dan kriminalisasi terhadap perempuan dalam konteks perdagangan perempuan. 3. Untuk menganjurkan media agar merubah stereotip terhadap status perempuan 4. Untuk menjamin hak-hak perempuan dalam kesehatan, pendidikan, kesempatan pekerjaan yang seimbang dan merata dan juga untuk mengakses informasi. 5. Untuk mendorong Depkes agar menyediakan kualitas dan kuantitas layanan kesehatan yang cukup dan mudah diakses perempuan untuk Kesehatan Reproduksi dan IMS, HIV, dan AIDS. 6. Untuk bergabung dengan para pemimpin dari berbagai institusi untuk menggunakan pendekatan sensitif gender dalam berbagai aspek – sosial, budaya, agama, dan politik.	TUJUAN 1. Untuk meningkatkan pengetahuan perempuan mengenai Kesehatan Reproduksi, seksualitas, IMS, HIV, dan AIDS. 2. Untuk meningkatkan kesadaran dan keahlian diantara perempuan dalam negosiasi dan tawar menawar posisi dalam rangka memproteksi kesehatan mereka dan memilih cara hidup mereka. 3. Untuk meningkatkan jumlah perempuan yang mendiskusikan masalah seksual (termasuk IMS, HIV, dan AIDS) dengan pasangan mereka. 4. Untuk meningkatkan sifat mencari informasi dan layanan kesehatan untuk layanan VCT, diagnosis dan pengobatan IMS, PPIKA, dll. 5. Untuk meningkatkan jumlah perempuan yang bergabung dengan yang lain dalam mencegah IMS, HIV, dan AIDS.
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: 1) KPA Nasional dan anggotanya, terutama Kementerian Pemberdayaan Perempuan, Departemen Kesehatan, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Departemen Pendidikan Nasional; 2) BKKBNI; 3) LSM. Aliansi: 1) Media massa, 2) Lembaga donor, 3) Organisasi keagamaan, 4) Organisasi perempuan, 5) LSM, 6) Serikat Pekerja Indonesia. Penjaga gerbang: 1) Legislator, 2) Organisasi keagamaan, 3) Pemimpin agama dan komunitas, 4) Komnas HAM, 5) Kadin.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran Primer: Perempuan secara umum Sasaran Sekunder: 1) Organisasi Keagamaan, 2) Supervisor/manager organisasi, 3) Suami/Pasangan. Sasaran Tersier: 1) Pemimpin agama dan komunitas, 2) Pemimpin organisasi perempuan. Petugas lapangan: 1) Pekerja sosial, 2) Pekerja LSM/Ormas/organisasi keagamaan, 3) Pendidik sebaya, 4) Penyedia layanan kesehatan, 5) Sukarelawan.

c) Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PIKA)

Laporan KPA Nasional pada UNGASS, 2006-2007 menyatakan hal di bawah ini mengenai Pencegahan Penularan Ibu ke Anak (PPIKA) :

Pada akhir 2007, terdapat 296 klinik VCT di seluruh Indonesia, dan 153 rumah sakit yang menyediakan ART gratis dan 19 rumah sakit dimana terdapat program PPIKA. Hal ini menunjukkan bahwa program PPIKA belum benar-benar berjalan di negeri ini. Jumlah perempuan hamil dengan HIV-positif yang menerima obat pencegahan jauh dibawah perkiraan jumlah perempuan pengidap HIV-positif. PPIKA belum terjangkau di pusat kesehatan daerah. Kelompok kerja untuk PPIKA yang dikoordinasikan oleh Direktorat Ibu dan Kesehatan Anak pada Departemen Kesehatan telah dibentuk. Pedoman tingkat nasional telah dibuat dan disosialisasikan pada sebagian besar daerah. Namun, implementasinya tidak konsisten. Pada beberapa daerah, semua perempuan hamil ditawarkan tes

dan konseling dengan tingkat penerimaan yang tinggi. Di daerah lain, tes dan konseling yang ditawarkan hanya selektif, dengan tingkat penerimaan yang jauh lebih rendah. ('Ulasan dari Respons Sektor Kesehatan tentang HIV dan AIDS di Indonesia 2007').

Fokus dari program PPIKA sebagian besar adalah penyediaan ARV pada perempuan hamil positif HIV. Pencegahan dari kehamilan yang tak diinginkan dengan HIV belum menjadi hal utama, begitu pula pencegahan utama transmisi HIV diantara perempuan secara umum. Program ARV yang ada berbeda-beda untuk daerah yang berbeda, dan bantuan menyusui bervariasi tergantung dari keberadaan bantuan keuangan eksternal. Di daerah yang mendapat pelayanan, jumlah perempuan hamil terinfeksi yang terdeteksi dan ARV yang tersedia sangat kecil. Di masa mendatang, program PPIKA akan ditekankan pada area dengan epidemi umum dan pada suami dan pasangan penasun.

Dalam perkiraan singkat PPIKA, banyak hambatan yang teridentifikasi dan harus diatasi secepatnya. Ketentuan dari informasi dasar tentang HIV belum dipahami betul oleh para petugas kesehatan. Begitu pula, strategi dari PPIKA juga belum diketahui secara luas. Terdapat kekurangan fasilitas untuk PPIKA dan permasalahan kesehatan seksual secara umum tidak dibicarakan oleh petugas kesehatan dengan kliennya. Tantangan lain yang juga penting dalam mendampingi perempuan hamil positif HIV adalah stigma dan diskriminasi yang sering dihadapi ketika mengakses layanan kesehatan di rumah sakit, klinik, dan tempat kesehatan lainnya. ('Laporan Komunitas UNGASS Indonesia 2006-2007').

Sebagai bagian dari proyek penguatan sistem kesehatan, pelayanan VCT dan PPIKA telah didirikan di enam Puskesmas di kota dan daerah Jayapura. Selama 2007, 890 perempuan hamil menjalani VCT, dan 19 dari mereka dinyatakan HIV positif. Pelayanan PPIKA disediakan untuk perempuan-perempuan ini. Semua anak yang dilahirkan perempuan-perempuan ini menjalani PCR 2 (Polimerase Chain - Reaction), dan semua terkena HIV positif.

Sebuah analisis partisipasi dari PPIKA belum diselesaikan tapi memang dibutuhkan. Pada Bab VI, poin 4, beberapa pemikiran diberikan dalam membicarakan PPIKA.

d) Generasi Muda

i. Definisi, Faktor Perilaku dan Kontekstual

Seperti yang dijelaskan di atas, generasi muda sangatlah rentan terinfeksi HIV baik melalui penggunaan napza atau melalui perilaku seksual mereka. Menurut UU Perlindungan Anak-anak, anak didefinisikan sebagai seseorang yang berusia antara 0-18, dan secara umum remaja didefinisikan berusia antara 14-18 tahun. Istilah "pemuda" tidak terlalu berguna karena kadang-kadang juga termasuk orang-orang sampai usia 35 atau 40 tahun – kadang orang-orang yang merupakan

pemimpin pemuda dari gerakan politik atau partai. PBB menggunakan istilah "generasi muda" untuk memasukkan semua orang dengan usia 10 sampai 24 tahun. Istilah ini dikembangkan dalam konteks epidemi HIV dan AIDS dan untuk program kesehatan remaja. Selama pengotakan usia inilah kebanyakan dari perubahan hormonal/fisik dan mental terjadi pada manusia, termasuk perkembangan otak di awal 20-an ketika generasi muda ini menjadi lebih siap untuk menerima dan mencegah risiko.

Kelompok anak-anak dan remaja lebih jauh dapat dibedakan menjadi kelompok yang bersekolah dan kelompok yang tidak bersekolah, termasuk anak jalanan. Perbedaan seperti ini berhubungan dengan metoda pendekatan yang berbeda yang akan digunakan pada tiap kelompok.

Analisis partisipasi di bawah ini cukup membantu dalam memandu kita bagaimana menjangkau generasi muda di Indonesia. Seperti yang dijelaskan di analisis partisipasi, tujuan komunikasi untuk generasi muda menitikberatkan pada merubah perilaku berisiko. Perilaku seksual di usia dini saat ini dihubungkan dengan tingkat prevalensi HIV dan risiko-risiko lainnya. Fungsi fisiologis dan mental remaja ini belum berkembang sepenuhnya dan oleh karena itu aktivitas seksual bisa mengakibatkan berbagai macam risiko. Selain itu, pemahaman mereka mengenai HIV dan AIDS dan seks sering kali sangat rendah dikarenakan informasi dan pengalaman yang terbatas. Mereka sering kali tidak bisa menerima risiko personal secara lengkap karena belum sepenuhnya perkembangan mental mereka, hingga awal usia 20-an.

ii. Pendekatan

Generasi muda pada umumnya selalu ingin tahu, cepat bosan dengan kegiatan rutin, menikmati aktivitas kelompok, dan cenderung mengikuti teman-teman sebaya mereka. Karakteristik ini mempengaruhi perilaku mereka, namun juga dapat diubah menjadi faktor positif dalam pendekatan yang dibutuhkan untuk merangkul mereka.

Anak-anak dan remaja harus dirangkul pada usia dimana mereka mulai sadar secara seksual. Periode remaja adalah ketika beberapa dari mereka mulai bergaul dengan lawan jenis. Melarang anak-anak kencan akan sangat sulit dan bahkan akan menimbulkan pemberontakan. Pendekatan yang harus diambil adalah bagaimana untuk memperbolehkan pergaulan yang aman. Generasi muda harus bisa mengerti masalah yang berhubungan dengan seksualitas dan ketertarikan pada lawan jenis. Keterbukaan ini bukan saja memberikan kesempatan kepada orang tua, guru, dan pembimbing untuk memberikan penjelasan yang cocok untuk tahap perkembangan generasi muda tersebut, ia juga akan memiliki kesempatan mengajukan pertanyaan.

Satu prinsip yang harus diperhatikan dalam mendekati generasi muda adalah bahwa mereka bukan individual yang terlepas dari lingkungan dan otoritas di atas

mereka, baik lingkungan keluarga, pendidikan, atau kelompok sosial lain yang mereka bentuk. Tokoh yang berkuasa memiliki pengaruh langsung atas mereka. Karena itu tokoh yang berkuasa juga harus dirangkul. Jika tidak, efektifitas dari usaha pendidikan dan pencegahan yang dilakukan juga akan terpengaruh. Partisipasi dan komitmen mereka mutlak dibutuhkan untuk menciptakan atmosfer mendukung beroperasinya program ini untuk menyediakan dukungan komprehensif untuk usaha komunikasi dan edukasi yang meyakinkan bahwa konsistensi dalam penyelesaian masalah ini diperhatikan.

Analisis di bawah ini memberikan tujuan dan pemain utama yang harus diikuti sertakan dalam suatu pendekatan komprehensif pada generasi muda.

iii. Jalur Komunikasi dan Metoda

Merangkul generasi muda di sekolah: Pendidikan mengenai HIV dan AIDS harus memanfaatkan keuntungan tempat dimana generasi muda belajar, utamanya sekolah dan universitas. Jalur pendidikan memberikan kesempatan interaksi intensif sehari-hari. Poin masuk utama dapat berupa bagian "muatan lokal" dari kurikulum yang ada. Pelajaran kesehatan reproduksi harus disertakan dalam kurikulum tersebut. Pelajaran ini akan disertai beberapa sesi mengenai kesehatan umum, dan hubungannya dengan HIV dan AIDS. Hal ini dapat dilakukan melalui dua pendekatan - sebagai mata pelajaran formal atau sebagai bagian dari kegiatan ekstrakurikuler yang dilaksanakan secara periodik tapi konsisten.

Tabel 10: Generasi Muda.

ADVOKASI	KOMUNIKASI PERUBAHAN PERILAKU
TUJUAN 1. Merevisi pasal-pasal undang-undang yang terkait dengan definisi nasional pemuda menjadi selaras dengan definisi WHO untuk generasi muda berusia 10-24 tahun. 2. Mengajukan pembuat kebijakan untuk mengembangkan akses pada layanan kesehatan yang ramah generasi muda; akses yang lebih baik pada pendidikan dan meningkatkan pendanaan untuk program kepemudaan. 3. Mengajukan pembuat kebijakan (pemerintah, DPR/DPD) agar secara aktif melibatkan generasi muda dalam program-programnya sebagai mitra. 4. Mengadvokasi hak kesehatan reproduksi, kesehatan seksual, dan kesetaraan gender generasi muda. 5. Mendapatkan komitmen dari media untuk menyediakan informasi yang akurat dan menaruh prioritas pada isu-isu seputar generasi muda. 6. Mendapatkan komitmen dari Departemen Pendidikan Nasional, BKKBN, Depkes, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kepolisian, Kementerian Pemberdayaan Perempuan, Kementerian Pemuda dan Olah raga untuk menjadikan isu-isu generasi muda sebagai program berprioritas. 7. Mengadvokasi pembuat kebijakan pendidikan	TUJUAN 1. Untuk meningkatkan pengetahuan generasi muda yang akurat mengenai kesehatan reproduksi, kesehatan seksual, IMS, HIV dan AIDS. 2. Untuk meningkatkan kemampuan psikososial antar pemuda untuk memberdayakan mereka dalam proses negosiasi dan dalam mengambil keputusan dalam hidup mereka. 3. Meningkatkan kesadaran diri sendiri bahwa pilihan yang mereka ambil saat ini bisa mempengaruhi masa depan mereka. 4. Untuk menunda usia rata-rata aktifitas seksual pertama generasi muda. 5. Untuk meningkatkan persentase generasi muda yang aktif secara seksual yang melakukan seks secara aman. 6. Untuk meningkatkan pengetahuan orang tua dan guru tentang isu kunci: IMS dan HIV dan AIDS, penyalahgunaan narkoba, isu gender, hak asasi manusia, dan lain lain). 7. Untuk meningkatkan jumlah generasi muda yang berbagi informasi tentang isu kesehatan, seperti IMS, HIV dan AIDS dengan mitra-mitra sebaya mereka.

bahwa kesehatan reproduksi dan pencegahan napza harus dimasukkan dalam kurikulum komprehensif sekolah. 8. Mengurangi perspektif tabu dalam hal kesehatan reproduksi, pendidikan seks, HIV dan AIDS. 9. <i>Mengadvokasi semua pemimpin lembaga untuk menggunakan pendekatan sadar-jender dalam semua aspek program-baik sosial, budaya, agama, dan politik.</i>	
ANALISIS PARTISIPASI Mitra: 1) KPA Nasional dan semua partner departemen, terutama Depkes, Departemen Pemuda dan Olahraga, Departemen Agama, 2) Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), 3) LSM lainnya. Aliansi: 1) Selebritis, 2) BKKBN, 3) Media massa, 4) Lembaga Donor, 5) Organisasi keagamaan, 6) Organisasi pemuda. Penjaga gerbang: 1) Wakil rakyat, 2) Organisasi keagamaan, 3) Pemimpin masyarakat dan pemuka agama, 4) Komisi Hak Asasi Manusia.	ANALISIS PARTISIPASI Sasaran Primer: 1) Generasi muda secara umum, 2) Generasi muda yang mencoba-coba narkoba dan alkohol, 3) Generasi muda yang aktif secara seksual. Sasaran Sekunder: 1) Orang tua, 2) Guru. Sasaran Tersier: 1) Pemimpin masyarakat dan pemuka agama, 2) Anggota pemerintah daerah, 3) Selebritis (musikus, aktor film, pelukis dan artis lainnya). Petugas lapangan: 1) Pekerja sosial dari LSM, 2) Pendidik sebaya, 3) Penyedia layanan kesehatan, 4) Sukarelawan.

Sebagai mata pelajaran formal, pengajaran diberikan di dalam kelas oleh guru. Ini berarti bahwa guru harus dibekali dengan materi HIV dan AIDS. Berdasar fakta bahwa paket kesehatan reproduksi harus disesuaikan dengan tingkat usia pelajar, pengajaran HIV dan AIDS juga akan disesuaikan. Guru juga harus dilatih dalam pendekatan pembelajaran dan partisipasi yang interaktif, yang sulit dilakukan.

Apabila diberikan sebagai aktivitas pengajaran tambahan, materi juga dapat diberikan oleh pengajar luar, termasuk pendidik sebaya, bekerja sama dengan manajemen sekolah. Frekuensi dan interval dari aktivitas ini dapat diatur namun hal yang paling penting adalah bahwa ini merupakan bagian kesatuan dari program sekolah dan rutin dilaksanakan. Salah satu halangan yang ada adalah minimnya ketersediaan sumber daya manusia ekstra-kurikuler serta fasilitas kegiatan untuk anak-anak dan remaja. Hal ini merupakan dilemma yang ditemui baik di daerah pedesaan maupun perkotaan. Karena kurangnya fasilitas tersebut, anak-anak dan remaja memiliki banyak waktu luang dan kesempatan yang hilang untuk beraktifitas positif.

Pada masa yang akan datang, kerjasama antara manajemen sekolah dan agensi pemerintah lain seperti Kementerian Pemuda dan Olah raga dan Departemen Sosial dibutuhkan untuk mengatur program untuk remaja, contohnya olah raga, pelatihan keahlian dan hobi, keterlibatan remaja dalam kegiatan kemasyarakatan, misalnya penggalangan dana sosial. Pembentukan kelompok seni atau kelompok

olah raga mungkin dilakukan di daerah pedesaan yang infrastrukturnya terbatas. Kelompok semacam ini bisa dipandu oleh organisasi kepemudaan lokal, masjid, gereja, atau LSM yang beroperasi di daerah tersebut.

Jalur keagamaan: Selain hal-hal di atas, kerjasama dengan sektor keagamaan mungkin untuk dilakukan, meski persetujuan dalam bentuk kebijakan sulit untuk dilakukan. Pengembangan program panduan dalam lingkungan agamis telah dimulai di beberapa propinsi. Meski terbatas, pendekatan ini nampaknya menjanjikan dalam hal keberlanjutan dan daerah cakupannya. Di Tanah Papua, kolaborasi antar agama mulai berjalan dengan persetujuan yang ada baru-baru ini. Karena kelompok agamis berada di pusat masyarakat, kerjasama dengan berbagai elemen masyarakat bisa dikembangkan, termasuk dengan anggota keluarga dan pemimpin masyarakat.

Generasi muda di luar sekolah: Beberapa LSM telah merangkul anak jalanan, walaupun masih terbatas. Pendekatan ini nampak menjanjikan dalam hal keberlanjutan dan daerah cakupannya. Anak-anak jalanan biasanya tersebar di beberapa tempat berbeda dan daerah cakupan akan sangat bergantung kepada pekerja penjangkau. Merangkul anak-anak muda ini merupakan tantangan karena mereka terus berpindah dari satu kota ke kota lainnya. Kerjasama dan pembentukan jaringan diantara LSM dan pekerja penjangkau di beberapa kota atau pusat tujuan anak-anak ini akan sangat membantu. Anak-anak jalanan ini harus mendapatkan informasi tentang keberadaan dari penyedia layanan atau pekerja penjangkau di berbagai daerah dan didukung untuk mencari pelayanan dimanapun mereka berada. Hal ini akan membantu memastikan keberlanjutan dari informasi dan pelayanan serta dukungan untuk mereka.

Di beberapa propinsi, ada sejumlah kebijakan dan program dari Departemen Pendidikan nasional untuk anak-anak jalanan atau yang putus sekolah. Yang diperlukan adalah kerjasama antara Departemen Pendidikan Nasional dan pekerja penjangkau untuk menggabungkan sumber daya dan dana yang ada saat ini untuk bekerja sesuai garis panduan pencegahan HIV dan AIDS dan kesehatan reproduksi.

Analisis sasaran yang telah dijelaskan dalam bab-bab sebelumnya, telah memberikan kita lebih banyak informasi, terutama mengenai saluran atau organisasi yang dapat berperan sebagai pihak yang mengimplementasikan advokasi dan komunikasi perubahan perilaku. Bagian ini terdiri atas beberapa rekomendasi umum untuk media/saluran dan materi/metoda. Karena Strategi Komunikasi ini bukan merupakan tanggung jawab sebuah organisasi untuk mengimplementasikan atau menyumbangkan dana, rekomendasi-rekomendasi ini harus didiskusikan dan dikembangkan lebih lanjut menjadi rencana pelaksanaan. Lampiran 5 mengandung contoh sebuah rencana pelaksanaan untuk komunikasi perubahan perilaku dengan PSP yang dapat diikuti oleh kelompok lain, baik untuk advokasi maupun komunikasi perubahan perilaku, dalam level nasional, provinsi, maupun yang lebih rendah.

Namun, perlu juga diketahui, bahwa media/saluran dan materi/metoda yang paling baik adalah yang mungkin untuk diaplikasikan. Program-program terlalu sering langsung meletakkan fokus pada penciptaan materi, tanpa mempertimbangkan peserta program ataupun cara penyampaian materi dan pesan. Terdapat ketergantungan yang berlebihan terhadap "pesan yang disampaikan." Diperlukan penekanan yang lebih dalam metoda dan materi yang melibatkan pembahasan yang dalam, serta interaksi dengan para penentu keputusan dan populasi kunci, termasuk peserta sekunder dan tersier. Metoda-metoda ini memiliki kemungkinan lebih besar untuk memicu dan menghasilkan perubahan sosial dan perubahan perilaku.

Berikut adalah beberapa rekomendasi untuk advokasi dan komunikasi perubahan perilaku, yang apabila digabungkan dengan rekomendasi-rekomendasi dalam analisis partisipasi, dapat membantu untuk membentuk pilihan akhir:

1. Advokasi: Rekomendasi Umum

Aktivitas advokasi di Indonesia selama ini dilakukan secara sporadis. Kesuksesan program pencegahan HIV dan AIDS sangat bergantung pada hasil advokasi-

advokasi tersebut. Hambatan utama yang sering dihadapi oleh program, penyedia jasa dan ODHA di Indonesia adalah kurangnya dukungan dan komitmen dari para pembuat kebijakan, khususnya para pembuat kebijakan di tingkat nasional dan juga di beberapa propinsi. Hal ini mungkin disebabkan oleh pemahaman yang kurang mengenai HIV dan AIDS, dan mengenai bagaimana penyakit epidemik ini mempengaruhi pembangunan dan masa depan di Indonesia, jika tidak ada tindakan serius untuk menghentikan penyebarannya.

Kurangnya kesadaran ini terlihat pada para pembuat kebijakan dalam bidang eksekutif dan juga legislatif, serta pada pemimpin komunitas formal, maupun informal. Dampaknya: i) kurangnya dukungan untuk pencegahan HIV dan AIDS dalam hal dana dan tenaga kerja; ii) kurangnya dukungan moral, dan adanya keengganan untuk berpartisipasi dalam program HIV dan AIDS; iii) terdapat kecenderungan untuk mendiskriminasi dan memberlakukan stigma terhadap beberapa kelompok populasi; dan iv) ketidak acuan terhadap beberapa isu HIV dan AIDS di Indonesia.

Rencana Aksi Komisi Penanggulangan AIDS Nasional mencanangkan beberapa target besar untuk jangka waktu tertentu. Target-target tersebut tidak mungkin dicapai tanpa dukungan nyata dari para pembuat kebijakan dan pemimpin komunitas.

Oleh karena itu, program advokasi ditargetkan untuk:

- Mempromosikan pemahaman tentang HIV dan AIDS, dan kesadaran di kalangan pembuat kebijakan (mitra, sekutu, penjaga gerbang) tentang dampak kurangnya usaha melawan HIV dan AIDS;
- Mempromosikan komitmen yang nyata untuk pencegahan HIV dan AIDS dengan cara menyediakan dana, menciptakan hukum dan regulasi yang berkaitan, fasilitas, serta mendukung program-program yang berhubungan dengan pencegahan HIV dan AIDS;
- Mendukung para pembuat kebijakan, terutama bidang eksekutif, untuk mengundang partisipasi masyarakat, komunitas bisnis, media, dan badan-badan internasional;
- Mendukung partisipasi aktif dan terbuka dari para pembuat kebijakan dalam kampanye publik yang berhubungan dengan pencegahan HIV dan AIDS, untuk menghapus stigma dan diskriminasi;
- Terakhir, meningkatkan kesadaran dalam pencegahan dan perlindungan dalam lingkungannya masing-masing, baik dalam rumah, maupun tempat kerja.

Tujuan khusus untuk para mitra, aliansi, dan penjaga gerbang untuk setiap populasi kunci telah dijelaskan dalam analisis partisipasi dalam bab sebelumnya. Beberapa media/saluran dan materi/metoda kunci untuk advokasi ditingkas dalam tabel berikut ini:

Tabel 11: Contoh Media Advokasi/Saluran & Materi/Metoda untuk Penasun.

Mitra: 1) KAP Nasional dan anggotanya – terutama: Departemen Kesehatan, Departemen Sosial, Departemen Hukum dan HAM, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi; 2) LSM yang menangani HIV dan Narkotika; 3) Pusat Rehabilitasi; 4) Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

Pertemuan pemangku kepentingan, seminar, workshop, kursus, data dan lembar data, koran.

Aliansi: 1) Beberapa petugas penegak hukum (jaksa, pengacara, hakim); 2) Pemimpin industri; 3) Parlemen; 4) Organisasi Media Massa; 5) Partai Politik; 6) Pemimpin agama nasional maupun propinsi; 7) Ilmuwan (seperti penelitian, draft perundangan)

Seminar, workshops, kursus; data dan lembar data, media visits, kursus dan buku petunjuk untuk media, pertemuan jaringan media, pertemuan editorial, magang (untuk melakukan penelitian), brosur, Konferensi pers dan siaran pers.

Penjaga Gerbang: 1) Parlemen (pada beberapa isu); 2) Asosiasi Media Indonesia; 3) Organisasi Anti-narkotika (pada beberapa isu); 4) Polisi; 5) Majelis Ulama Indonesia

Lobbying, dengar pendapat, data and fact sheets, studi banding, visit/study tours, video pendidikan, koran/buletin, konferensi pers dan siaran pers, terutama "referensi dan panduan" atas isu-isu yang ada".

Komunikasi antar pribadi yang terarah: Strategi ini juga dikenal dengan "melobi", yang tergolong paling efektif secara biaya. Para pemimpin lebih sering terpengaruh oleh cara-cara antar pribadi dibandingkan cara-cara lain. Namun, jika pembuat kebijakan atau penjaga gerbang adalah objek kunci advokasi, diperlukan identifikasi yang seksama mengenai individu yang mungkin mempengaruhi beliau. Analisis dan perencanaan dibutuhkan untuk menentukan hal ini. Sebagai tambahan para advokator atau pelobi harus mengetahui apa yang ingin dicapai dari interaksi-interaksi mereka. Seorang advokator seharusnya mengikuti rapat yang bertujuan untuk meningkatkan komitmen politik untuk kebijakan dan program HIV dan AIDS, dengan mengetahui respon untuk pertanyaan "Apa yang Anda ingin saya lakukan?"

Presentasi tentang dampak AIDS: Salah satu cara untuk mendapatkan perhatian pemimpin politik maupun sosial, adalah dengan menunjukkan dampak HIV dan AIDS terhadap demografi secara keseluruhan, ekonomi makro, dan trend perkembangan sosial di Indonesia. Bertahannya seorang politisi dalam karirnya sering ditentukan oleh perbaikan yang terjadi dalam kecenderungan-kecenderungan tersebut. Ketika dihadapkan dengan proyeksi masalah yang jelas, berdasarkan data yang baik, para pemimpin lebih mungkin untuk terajak untuk memberikan dukungan mereka untuk suatu tujuan tertentu. Sebaliknya, presentasi slide yang terlalu teknis dan panjang, lebih mungkin untuk membuat para pemimpin "tidak tertarik".

Bahan cetakan yang sederhana: Cetakan materi yang sederhana dan didesain dengan baik, akan efektif untuk memperjelas poin-poin yang ingin disampaikan,

termasuk tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh pemimpin tersebut. Salah satu bentuk materi yang paling efektif adalah yang seukuran kantong (berukuran kecil), warna-warni, memiliki ring spiral (terjilid dengan rapi), yang di tulisan di dalamnya mengandung poin-poin inti dengan *bulleting* dan gambar atau grafik yang mudah dipahami. Para pemimpin membutuhkan informasi yang dapat diakses. Tujuan upaya ini adalah untuk mengadvokasikan kepada mereka, agar mereka dalam waktu dekat juga akan menjadi advokator untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Jika para pemimpin dihormati, mereka akan memiliki dampak dan pengaruh yang besar terhadap pernyataan publik, dan bawahan mereka, yang secara lebih lanjut dapat mempengaruhi publik dalam skala besar.

Jumpa pers dan pelatihan media elektronik dan cetak: Strategi ini juga disebut "advokasi media", yang dianjurkan untuk memperluas dukungan politik dan sosial. Para pemimpin mengetahui bahwa media memiliki peran yang besar dalam membentuk opini publik. Media yang baik dan komprehensif - seperti koran, radio, berita televisi, dan program opini publik - akan mempengaruhi para pemimpin dengan cara memaparkan fakta dan opini yang baru. Akan muncul persepsi dalam diri para pemimpin bahwa rakyat yang mereka wakili juga mengetahui fakta-fakta baru tersebut. Sebagai contoh, salah satu masalah utama yang masih dihadapi oleh para jurnalis ketika meliputi HIV dan AIDS adalah meyakinkan editor mereka, yang sering belum menyadari cara yang tepat untuk mengolah liputan.

Dalam pelatihan anggota pers mengenai HIV dan AIDS, penting untuk mempresentasikan informasi teknis dengan cara yang singkat dan jelas dalam sebuah rangkaian informasi yang diformulasikan secara matang, sebaran yang didesain dengan baik, referensi, dan sumber informasi lainnya. Perlu diingat bahwa jurnalis berada dalam posisi untuk menyebarkan mitos dan bias tradisional terhadap kelompok-kelompok tertentu. Untuk menghilangkan mitos-mitos tersebut, para jurnalis perlu mengetahui bahwa salah satu sebab utama penyebaran HIV dan AIDS adalah ketidaksetaraan gender. Oleh karena itu, pengenalan dan pelatihan tentang isu gender di Indonesia tidak kalah pentingnya dengan mengajarkan tentang masalah medis dan kesehatan dalam hal transmisi HIV. Pelatihan tentang isu seksualitas manusia juga mungkin dibutuhkan untuk melawan stigma terhadap LSL dan PSP. Keterlibatan ahli gender dan seksualitas, serta partisipasi laki-laki dan perempuan, penting dalam sesi-sesi pelatihan. Tanpa pelatihan tersebut, para jurnalis dapat membesar-besarkan stereotip gender dan mitos tentang peran perempuan atau kelompok minoritas dalam penyebaran HIV, yang mengakibatkan terjadinya penghindaran dari perubahan sosial, bukan yang seharusnya terjadi, yaitu memfasilitasi.

Menyelenggarakan pertemuan umum: Acara umum - termasuk konferensi, workshop, dan rapat yang mendiskusikan kebijakan umum atau hasil riset - telah "terlalu sering digunakan" dalam program HIV dan AIDS. Jika acara-acara

tersebut dirancang dengan baik, akan tercipta sebuah acara untuk para pemimpin politik dan sosial untuk menyatakan atau menegaskan komitmen mereka untuk melawan HIV dan AIDS. Para pemimpin mengetahui bahwa masyarakat ingin mendengarkan posisi mereka dalam isu-isu tertentu. Pemanfaatan yang strategis dari acara-acara tersebut, meliputi pemilihan tempat, peserta dan pemberitahuan yang tepat kepada para pemimpin. Sebuah konferensi pers yang berbobot, teratur, dipersiapkan dan disampaikan dengan baik, dapat memperluas advokasi kepada para pemimpin pada level yang lebih rendah, maupun kepada masyarakat umum.

Bekerja sama dengan ODHA untuk sebuah perubahan: Bekerja sama dengan ODHA sebagai juru bicara untuk program-program HIV dan AIDS dan melibatkan mereka dalam perencanaan intervensi, dapat menjadi salah satu strategi paling efektif untuk "memecahkan keheningan" dan mengatasi stigma, juga untuk meningkatkan komitmen/keinginan politis untuk pengubahan kebijakan dan lingkungan yang mendukung. Akan sangat menguntungkan jika para juru bicara tersebut adalah orang-orang yang dihormati, yang tidak diduga terjangkit HIV dan AIDS. Menggunakan politisi, pemimpin agama atau selebriti dalam panggung yang sama dengan ODHA dapat mengirimkan pesan yang kuat untuk para pemimpin politik, agama atau komunitas level rendah, juga kepada masyarakat umum. Para pemimpin dapat tergugah untuk ikut terlibat dengan mengetahui pengalaman pribadi seseorang yang hidup dengan HIV dan AIDS positif, ataupun yang sudah meninggal akibat HIV dan AIDS.

Isu-isu kunci yang harus disampaikan

Dalam advokasi, isu-isu kunci yang harus disampaikan mungkin banyak dan bervariasi, bergantung pada mitra, aliansi atau penjaga gerbang yang terlibat. Berikut adalah beberapa contoh umum:

- Bertindak sebelum terlambat, atau sebelum virus menyebar lebih luas ke masyarakat secara umum dan berdampak terhadap kehidupan sosial, ekonomi, dan budaya.
- Menyadari konsekuensi biaya dan biaya potensial bagi kesempatan dari beberapa intervensi yang berbeda dan hubungannya dengan layanan-layanan yang sudah ada, maupun kebutuhan akan layanan-layanan baru.
- Mengharapkan dampak positif dari tindakan-tindakan tersebut, berdasarkan proyeksi sosio-ekonomi, serta biaya yang harus dibayar dari ketiadaan tindakan yang berkepanjangan.
- Mengambil tindakan yang menghasilkan perubahan, termasuk mempengaruhi pihak-pihak tertentu untuk mengubah hukum dan kebijakan.
- Menyampaikan masalah "perilaku berisiko", bukan "kelompok berisiko", untuk menghindari terbentuknya stigma terhadap kelompok masyarakat yang banyak terkena HIV dan AIDS.
- Menggunakan pendekatan "ABC" yang seimbang, di tempat-tempat yang mungkin diaplikasikan.

- Penting untuk “memecah keheningan” pada tabu-tabu sosial, dan membuka diskusi pada isu-isu tersebut.
- Respon gabungan, yang bersifat multi-sektoral itu sangat penting; kita perlu menghadapi dan menyelesaikan masalah ini bersama.
- Layanan kesehatan dan sosial perlu mengembangkan kemampuannya untuk menghadapi tantangan yang baru ini, umumnya dengan tingkat pendanaan dan pelatihan yang lebih tinggi.
- Hubungan baik dengan ODHA sangat penting dan ODHA harus dilibatkan dalam seluruh aspek dari respon nasional.

Isu-isu khusus yang disampaikan dalam advokasi di Indonesia harus dikembangkan dari tujuan advokasi dalam bagian analisis partisipasi dalam Bab V.

2. Komunikasi Perubahan Perilaku: Rekomendasi Umum

Para mitra dan aliansi yang dilibatkan untuk program komunikasi strategis, akan bekerja sama dengan para pekerja lapangan dari sektor pemerintah, LSM dan organisasi kemasyarakatan, untuk mengimplementasikan program-program komunikasi perubahan perilaku yang ditargetkan pada sasaran primer, sekunder dan tersier, sebagaimana dijelaskan dalam penjelasan analisis partisipasi pada Bab V. Selama ini komunikasi perubahan perilaku terkesan identik hanya dengan intervensi bertarget populasi kunci, padahal komunikasi publik lebih jelas berkaitan dengan advokasi dan relasi media. Hal ini harus diperbaiki. Media massa harus dianggap bagian dari komunikasi perubahan perilaku, setidaknya pada level yang sama dengan komunikasi interpersonal/konseling dan proses kelompok dengan populasi kunci.

Tujuan umum dari komunikasi perubahan perilaku dalam program-program HIV-AIDS adalah untuk menghasilkan perubahan perilaku individu, juga perubahan sosial pada tingkat komunitas. Tujuan khusus untuk setiap populasi kunci (peserta primer, sekunder dan tersier) telah dipaparkan dalam analisis partisipasi dalam Bab V. Di bawah ini terdapat dua tabel yang menunjukkan beberapa contoh kemungkinan media/saluran dan materi/metoda, beserta deskripsi yang lebih rinci tentang metoda-metoda komunikasi perubahan perilaku yang telah terbukti berhasil untuk beragam peserta. Contoh-contoh ini dimaksudkan untuk menjadi panduan untuk rencana implementasi final untuk Indonesia.

MEDIA MASSA

Hiburan Edukatif: Musik, video musik, video pendidikan, televisi, program radio, dan hiburan berbasis komunitas, adalah hal-hal yang populer pada semua kalangan umur. Sinetron dalam radio dan TV lebih populer pada kalangan dewasa. Hal-hal tersebut menjadi alat yang sangat baik untuk program-program pencegahan HIV dan AIDS melalui penggunaan drama, *variety show*, kuis, dan

game show. Banyak program telah menggunakan alat-alat media tersebut untuk memberikan informasi tentang HIV dan AIDS kepada para pemuda, dan juga motivasi untuk menerapkan perilaku sehat, dan mencegah risiko. Hiburan-Pendidikan juga dapat digunakan untuk mengarahkan masyarakat pada layanan-layanan tertentu. Di Indonesia, seri drama radio yang dipersiapkan dengan baik, bertemakan pencegahan, dan penanggulangan HIV dan AIDS, harus mulai dipikirkan. Hal tersebut dapat diciptakan dalam Bahasa Indonesia dan bahasa-bahasa daerah dengan biaya yang wajar.

**Tabel 12: Contoh dari Komunikasi Perubahan Perilaku:
Media/Saluran & Materi/ Metoda untuk para penasun.**

Sasaran Primer- Para Penasun.

Komunikasi Antar Pribadi dan Konseling (KAPK); testimonial/pengakuan; radio dan TV (program Interaktif, ILM, drama); pertemuan rutin dan sesi pelatihan/membagi pengalaman secara kelompok; pendekatan hiburan-pendidikan lokal seperti teater, komik; buletin/selebaran; situs internet, SMS, chatting, komunikasi; saluran hotline telepon.

Sasaran Sekunder: 1) Pasangan nikah atau pasangan seks penasun; 2) Anggota keluarga; 3) Guru.

Radio dan TV (program interaktif, ILM, drama), artikel-artikel majalah, bimbingan, dialog publik dengan pejabat mengenai isu-isu tertentu, video-video pendidikan.

Sasaran Tersier: 1) Polisi; 2) Para pejabat Badan Narkotika Nasional dan Provinsi; 3) Organisasi-organisasi anti-narkoba dalam tingkat komunitas; 4) Para pemimpin komunitas dan agama.

Rapat-rapat dewan, diskusi kelompok, video-video pendidikan, pertemuan komunitas dan kelompok-kelompok agama, dan pertemuan antar kelompok-kelompok agama.

Pekerja lapangan: 1) Sukarelawan dan kader LSM; 2) Petugas/staff penjangkau; 3) Pekerja dan pembimbing kesehatan; 4) Pekerja sosial; 5) Pendidik pihak-pihak sebaya, 6) Pekerja komunitas.

Pelatihan (konseling/bimbingan, berbicara di kalangan publik, pemfasilitasian, keahlian berorganisasi, penggunaan media, hak manusia, kesehatan reproduksi, pelatihan jender); buku panduan; instruksi/panduan bimbingan; alat-alat bantu presentasi; buletin/surat pemberitahuan; buku-buku berukuran kecil; pin; kaos; topi; payung; model penis dengan kondom, peralatan demonstrasi jarum bersih.

**Tabel 13: Contoh Komunikasi Perubahan Perilaku:
Media/Saluran & Materi/Metoda untuk Laki-laki.**

Sasaran Primer: 1) Para laki-laki dalam tempat kerja yang terstruktur, seperti pekerja pabrik, dan pelayanan sipil.

Program pendidikan tempat kerja, termasuk diskusi kelompok, demonstrasi, dialog interaktif; radio dan TV (diskusi dan demonstrasi, ILM, dialog dan siaran lainnya, talkshow, kuis, drama); iklan cetak; musik, materi cetakan (brosur, selebaran, gantungan kunci, stiker, kaos); seminar/workshop; situs internet; forum komunitas (tadarus Al-Quran, pertemuan balai kota, sosialisasi kesehatan.)

Sasaran Sekunder: 1) Manajer/pengawas dalam organisasi-organisasi, 2) Pasangan.

Selebaran/brosur/poster, buletin; pertemuan reguler untuk para pekerja; situs internet; ILM, radio dan TV, dialog, talkshow; iklan cetak; dukungan konseling/bimbingan.

Sasaran Tersier: 1) Polisi lokal, 2) Organisasi-organisasi berbasis agama/keyakinan, 3) Pemimpin komunitas dan agama, 4) Pemimpin polisi, 5) Korpri, 6) Organisasi Perempuan, 7) Media massa.

Lobi/negosiasi, rapat, materi (brosur, selebaran, poster); ILM radio dan TV, dialog dan talk show, iklan cetak.

Sasaran Lapangan: 1) Pekerja LSM, 2) Pendidik mitra-mitra sebaya, 3) Penyedia jasa kesehatan, 4) Sukarelawan.

Pelatihan (konseling/bimbingan, berbicara di kalangan publik, pemfasilitasian, keahlian berorganisasi, penggunaan media, hak manusia, kesehatan reproduksi, pelatihan jender); buku panduan; instruksi/panduan bimbingan; alat-alat bantu presentasi; buletin/surat pemberitahuan; buku-buku berukuran kecil; pin; kaos; topi; payung; model penis dengan kondom.

Iklan Layanan Masyarakat (ILM) di radio dan TV: Hampir semua tujuan komunikasi dapat didukung dengan ILM yang dipersiapkan dan dirancang dengan baik. Program tersebut harus dilambungkan dengan sebuah logo yang memberikan tingkat keterlihatan dan identifikasi yang baik untuk program tersebut. Namun, jika ILM digunakan secara salah, malah akan meningkatkan stigma. Sebagai contoh, jika kelompok sosial yang rawan diserang seperti penjaja seks digambarkan sebagai penyebar utama HIV, mereka akan semakin terstigmatisasi oleh masyarakat. Sebaliknya, media massa dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih mendukung masalah pencegahan HIV dan AIDS dan ODHA. Saluran-saluran media massa yang dipandang sebagai sumber informasi yang terpercaya, memiliki nilai tambah untuk mencapai masyarakat luas. Pesan-pesan efektif yang disampaikan melalui saluran-saluran media massa dapat mendukung intervensi yang dilakukan dalam level komunitas. Di Indonesia, media massa terlihat sebagai sumber informasi utama HIV dan AIDS. Namun, ILM yang dipersiapkan dengan baik, tetap dibutuhkan.

Media massa khusus, yang berhubungan dengan media lokal: Hal ini

memfokuskan pada poin-poin kunci infeksi, dengan menggunakan serangkaian promosi dan kegiatan pendidikan-hiburan yang meliputi pendidikan pencegahan, penguatan pesan-pesan inti, termasuk pemasangan poster, tanda-tanda, dan acara promosi bertarget lainnya. Ini seharusnya terjadi bersamaan dengan proses kelompok pendidikan serta distribusi kondom dan pelicin, juga konseling/bimbingan individu.

Koran dan majalah: Produksi dan distribusi koran dan majalah khusus yang ditargetkan pada pemuda atau kelompok-kelompok lain tentang HIV dan AIDS, kesehatan reproduksi dan tema-tema pemuda yang populer, harus dipikirkan. Yang diinginkan adalah untuk menarik perhatian pembaca-pembaca muda untuk memperhatikan isu-isu dan perlindungan, mulai dari HIV melalui sesuatu yang mereka baca dengan senang hati sebagai hiburan.

Internet: Internet dapat menjadi alat bagi orang-orang untuk bertemu dan bersosialisasi. Internet telah digunakan sebagai alat memperluas jaringan, terutama di kalangan pemuda dan kelompok-kelompok seperti LSL yang ingin tetap "undercover". LSL menggunakan internet untuk mencari pasangan dan "chatting" online. Internet juga dapat digunakan untuk menyebarkan informasi mengenai informasi pencegahan HIV dan lokasi pelayanan. Dalam banyak golongan masyarakat, LSL memiliki tingkat pendidikan yang di atas rata-rata, sehingga saluran-saluran tersebut bukan tidak mungkin.

SMS: Perjanjian dapat dibuat dengan perusahaan dan provider telepon seluler untuk mengirimkan SMS tentang isu-isu sosial yang penting, seperti pencegahan HIV.

BEBERAPA SALURAN, MATERI DAN METODA LAIN

Pendidikan sebaya: Alasan menggunakan pihak sebaya dibandingkan dengan tenaga profesional untuk menyampaikan pesan-pesan pencegahan adalah bahwa kawan sebaya sering lebih mampu mendapatkan kepercayaan peserta/pendengar, suatu hal yang sulit didapatkan oleh "pihak-pihak luar". Pihak sebaya yang terlatih dengan baik dari kalangan pemuda, LSL, PSP, laki-laki, perempuan dan ODHA, biasanya akan cenderung untuk tidak menilai atau menghakimi orang berdasarkan perilaku seks dan pilihan hidup, dibandingkan dengan tenaga profesional. Pendidik dari pihak sebaya dapat membagi pengetahuan dan keahlian kepada peserta sebaya mengenai pentingnya menahan diri untuk berhubungan, pengurangan pasangan, penggunaan kondom yang tepat, cara persuasi menggunakan kondom, serta strategi mengatasi kekerasan dan stigma. Mereka juga dapat mendistribusikan kondom dan materi, serta menyediakan jasa. Mereka dapat bekerja di sekolah-sekolah, klub-klub pemuda, di jalanan, bar, klub-klub, ataupun hotel.

Pendidikan keterampilan hidup di dalam dan luar sekolah: Sekolah merupakan tempat ideal untuk menjangkau para pemuda dalam jumlah besar untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi, baik pada jam sekolah,

maupun melalui klub-klub sekolah seperti kegiatan ekstra kurikuler dan aktivitas-aktivitas berbasis komunitas. Program-program seperti ini harus dimulai sedini mungkin, pada tahap SD, sebelum anak-anak tersebut mulai putus sekolah. UNICEF telah memulai mengembangkan strategi tersebut untuk Indonesia.

Berkomunikasi melalui layanan kesehatan reproduksi dengan ramah:

Klinik kesehatan reproduksi dapat menjadi saluran yang baik untuk mencapai para perempuan dan gadis muda, dalam beberapa kasus, juga untuk laki-laki muda dan dewasa, dengan konseling/bimbingan dan informasi seputar HIV. Klinik-klinik harus dibuat menjadi pihak yang bersifat menerima dan ramah, dengan cara pelatihan staf tentang pelayanan pasien dan penyediaan materi. Layanan yang ramah terhadap pemuda sangat penting untuk Indonesia.

Komunikasi Antar Pribadi dan Konseling (KAPK):

Komunikasi antar pribadi dan konseling yang dilakukan oleh badan penyedia jasa kesehatan, sosial dan pendidikan, merupakan strategi kunci untuk mengkomunikasikan tentang ABC, VCT (untuk tes sebelum dan setelah) dan penggunaan ART. Peralatan KAPK untuk pekerja medis dapat berisi instruksi bimbingan, brosur, serta video tentang metoda konseling yang benar dan yang salah untuk klinik-klinik, yang ditargetkan untuk meyakinkan para pasien/pengunjung agar bersedia untuk melakukan tes. Materi-materi tersebut membutuhkan kurikulum dan pelatih yang baik untuk melatih para penyedia jasa medis. Ini sangat dibutuhkan di Indonesia karena kemampuan komunikasi antar pribadi dan konseling yang buruk akan membuat orang-orang yang khawatir mereka terinfeksi, justru takut berkunjung.

Peran tokoh panutan melalui saluran olahraga:

Lelaki muda menyimak, menghormati, dan sering berusaha menyamakan perilaku tokoh-tokoh olahraga, yang berperan sebagai panutan. Para penggemar dan komunitas, pada saat tertentu, seharusnya menerima pesan-pesan yang memotivasi mereka untuk mempelajari tentang cara melindungi diri mereka dan keluarga mereka terhadap HIV dan AIDS. Ini akan berasal dari tokoh-tokoh olahraga yang berbicara tentang topik-topik seperti keuntungan menahan diri dari hubungan seks, atau mengapa penggunaan kondom secara konsisten merupakan pilihan yang bijak. Strategi ini didasarkan oleh ide bahwa atlet-atlet laki-laki yang berprofil tinggi, dapat melewati hambatan yang sering terjadi ketika ingin memberi informasi kepada lelaki pada umumnya tentang isu HIV dan AIDS, serta mendukung mereka untuk tidak segan mencari bantuan untuk masalah kesehatan, bertanggung jawab atas perilaku mereka yang berisiko dan masalah kesehatan reproduksi, termasuk penggunaan kondom. Hasil sebuah riset menunjukkan bahwa ketika lelaki mudah menemukan tokoh panutan yang positif, mereka akan cenderung melawan sifat kekerasan, lebih menghormati gadis dan perempuan, dan lebih bijak dalam penggunaan kontrasepsi ketika sudah menjadi aktif secara seksual. Strategi sejenis juga telah dicoba dalam aktivitas rekreasi perempuan-perempuan muda, seperti pramuka dan olahraga.

Komunikasi antar pribadi dan kelompok:

Diskusi kelompok yang terfasilitasi

dengan baik dapat menjadi alat yang baik dan efektif untuk sebuah perubahan. *Karena stigma umumnya didasari oleh ketidaktahuan dan ketakutan, sangat penting bagi intervensi-intervensi komunikasi untuk menciptakan dialog dan kontak individu antara ODHA dan orang-orang yang tidak terinfeksi dalam diskusi-diskusi kelompok.*

Saluran komunikasi dan sarana untuk refleksi dan tindakan: LSM dan lembaga-lembaga berbasis komunitas membutuhkan metoda dan alat yang fleksibel dan sudah terbukti. Fokus seharusnya diarahkan pada peningkatan dialog tentang HIV dan AIDS dalam komunitas, menghubungkan orang-orang ke layanan kesehatan dan layanan komunitas, serta mendukung layanan-layanan tersebut menjadi proaktif. Contoh baik sebuah alat untuk memicu dialog dan tindakan adalah *Stepping Stones* yang aplikasinya telah diadaptasikan oleh FHI di Indonesia.

Buku-buku komik: Buku-buku komik telah terbukti sangat berhasil dalam mengirim pesan dengan cara yang menyenangkan, terutama untuk para pemuda. Cerita-cerita dalam komik harus ditulis dan dipersiapkan dengan baik, dan harus lebih mengandung lebih banyak cerita daripada pesan-pesan langsung. Mereka dapat digunakan untuk memicu diskusi di kalangan pemuda, sering dipandu oleh fasilitator.

Video dengan panduan: Video hiburan-pendidikan yang menggambarkan sebuah cerita dengan cara yang menggugah dapat dibuat untuk keperluan pendidikan kelompok. Representasi dramatis tentang kehidupan orang-orang biasa yang bersusah payah hidup dengan pencegahan HIV dan AIDS dan menghadapi stigma, dapat bersifat efektif untuk memunculkan diskusi dalam kelompok. Buku panduan atau brosur harus dirancang untuk para fasilitator, agar video digunakan dengan cara yang paling efektif secara mendidik.

Penilaian partisipatif: Penilaian partisipatif komunitas dapat digunakan sebagai intervensi komunikasi perubahan perilaku dan juga sumber informasi untuk pengembangan strategi komunikasi perubahan perilaku lebih lanjut. Hal tersebut membuka dan memberitahukan informasi mengenai kebutuhan komunitas, aset, serta aspirasi yang merupakan fondasi program berbasis komunitas yang cocok dan efektif. Penilaian cepat partisipasi (*Participatory Rapid Appraisal/PRA*), pembelajaran partisipatif (*Participatory Learning in Action/PLA*), dan metodologi lain yang sejenis menggunakan teknik-teknik seperti pemetaan komunitas, pemetaan tubuh, diagram Venn, pemeringkatan, dan penilaian. Teknik-teknik tersebut digunakan untuk membantu analisis situasi dan melihat keahlian yang ada di masyarakat, memformulasikan prioritas, dan memotivasi tindakan bersama (*collective action*). Komunitas sepenuhnya dilibatkan dalam pengumpulan data, analisis, serta dokumentasi dampak masalah kesehatan dan pembangunan dalam hidup mereka. Aktivitas ini memiliki peran penting dalam proses mobilisasi. Metoda-metoda tersebut harus lebih ditekankan di Indonesia.

Hiburan-edukatif berbasis komunitas: Strategi hiburan-pendidikan berjalan dengan baik di tingkat komunitas melalui saluran seperti teater, olahraga, dan acara-acara musik. Metoda-metoda hiburan-pendidikan paling efektif ketika dikordinasikan dengan komponen-komponen program berbasis komunitas lainnya. Metoda-metoda tersebut telah terbukti populer pada settling program berbeda, termasuk untuk PSP dan pelanggannya. Namun, strategi-strategi sejenis juga membutuhkan pelatihan khusus untuk agen tingkat komunitas dalam isu-isu HIV dan AIDS, agar menghindari pesan-pesan kontradiktif atau tidak lengkap, stereotip jender, ataupun stigmatisasi terhadap beberapa kelompok tertentu. Penulisan skrip harus diuji lebih dulu secara keseluruhan dan variasi dari skrip akhir harus diminimasi. Kualitas penyampaian pesan sangat penting. Cerita-cerita dan pesan-pesan dramatis harus "diproses" oleh pendengar dengan bantuan fasilitator, agar pesan-pesan menjadi jelas setelah didiskusikan.

FM dan radio komunitas: Media massa lokal seperti stasiun radio lokal dan stasiun radio komunitas mungkin efektif, tetapi jarang memiliki personil dan kapasitas teknis untuk mengembangkan secara berkelanjutan program HIV dan AIDS. Dokumentasi, drama, dan suratberita reguler tentang isu-isu HIV dan AIDS dapat memberikan isi yang berharga. Presenter program sangat membutuhkan pendidikan dan panduan HIV untuk reportase etis tentang HIV dan AIDS, agar terhindar dari pemberian informasi yang salah, yang justru akan secara tidak sengaja meningkatkan stigma. Ada kebutuhan, misalnya, untuk panduan etis untuk para sukarelawan ODHA, serta pembicara di radio dan program komunikasi berbasis komunitas lainnya.

Drop-in center dan penjangkauan: Para pemuda, PSP dan LSL dapat merasa tidak nyaman mengakses jasa klinik dalam setting klinik, atau mungkin tidak sadar bahwa mereka dalam keadaan berisiko dan harus mencari bantuan. Banyak kelompok dan intervensi proyek telah memberikan ruang yang aman dan nyaman untuk mendapatkan informasi, dukungan, konseling, kondom, dan pelicin, ataupun jasa klinik. *Drop-in center* harus didirikan di lokasi yang nyaman untuk kelompok-kelompok "rawan" tersebut, dan harus buka pada waktu-waktu ketika paling dibutuhkan.

3. Komunikasi Perubahan Perilaku: Isu-isu Kunci untuk Disampaikan

Pengguna napza suntik, termasuk narapidana: Program dengan sasaran pengguna napza suntik harus menanggulangi masalah ketidakpercayaan. Menggunakan pendidik sebaya dan melibatkan pengguna napza suntik dalam perkembangan pesan dan materi penting bagi sasaran ini.

- Jelaskan bahaya berbagi jarum dan alat suntik dan cegah perilaku berisiko ini.
- Ingatkan pengguna napza suntik untuk membersihkan jarum sebelum dipakai dan tunjukkan caranya.
- Diskusikan pengambilan risiko seksual di bawah pengaruh napza.
- Promosikan penggunaan kondom dan tindakan seksual lain yang lebih aman, termasuk pengurangan pasangan seksual.
- Ciptakan kesadaran di khalayak umum mengenai transmisi melalui penyuntikan napza suntik dan peran yang dimainkan oleh stigma dan diskriminasi terhadap penasun dalam menciptakan halangan ke akses pelayanan.
- Latih penyedia layanan kesehatan menjadi konselor yang sensitif dalam pelayanan HIV dan AIDS bagi penasun.
- Promosikan berbagai pelayanan yang tersedia bagi penasun (VCT, pertukaran jarum, detoks, konseling, pekerja jalanan, pendidik sebaya) dan berikan dorongan pada mereka untuk menggunakan pelayanan ini (termasuk cara mengakses pelayanan ini).
- Promosikan kelompok penunjang HIV dan AIDS dan hidup positif.

Penjaja Seks Perempuan: Sebagaimana telah dinyatakan sebelumnya, intervensi komunikasi harus diintegrasikan dengan pendekatan penyampaian layanan. Sekedar menyampaikan pesan ke penjaja seks hanya akan memberikan pengaruh yang kecil. Oleh karena itu, saran berikut untuk isu kunci dalam berkomunikasi harus mempertimbangkan hal tersebut.

- **Tekankan risiko infeksi HIV:** Penjaja seks perempuan dan pelanggannya sama-sama berisiko tinggi terinfeksi HIV. Pesan yang diberikan harus menyampaikan tingkatan risiko yang sebenarnya serta cara menurunkan risiko tersebut. Pesan yang terlalu dipenuhi rasa takut cenderung akan ditolak oleh mereka yang hidup dengan gaya hidup yang berbahaya.
- **Komunikasikan penggunaan kondom yang benar:** Kondom harus digunakan secara benar dan konsisten agar efektif. Pesan yang disampaikan harus mencakup masalah tanggal kadaluarsa dan cara menyimpan, menggunakan, dan membuang kondom secara benar. Penting untuk ditekankan bahwa kondom adalah alat untuk hubungan seks yang “lebih aman” daripada alat untuk hubungan seks yang “aman”.
- **Perkuat kemampuan negosiasi pemakaian kondom:** Penjaja seks perempuan mungkin khawatir bahwa memaksakan penggunaan kondom dapat mengakibatkan tindak kekerasan atau kehilangan pendapatan. Strategi untuk bernegosiasi mengenai pemakaian kondom harus dicakup dalam program komunikasi untuk membangun kepercayaan diri dan efektivitas diri penjaja seks.
- **Tekankan pentingnya perlindungan dengan pasangan tetap:** Penjaja seks yang menggunakan kondom untuk seks komersial sering memilih untuk tidak menggunakannya ketika berhubungan seks dengan mucikari, pasangan tetap, atau “suami” yang memberikan mereka perlindungan dan dukungan emosional untuk ditukar dengan seks bebas. Program harus mencakup dorongan bagi penjaja seks perempuan untuk melindungi diri mereka dalam semua tipe

hubungan dan untuk menyadari bahwa mereka cenderung bukan pasangan seksual eksklusif laki-laki semacam itu. Akan tetapi, hal ini tidak mudah untuk dikomunikasikan secara efektif karena biasanya proporsi kekuasaan dalam hubungan yang seperti ini tidak memihak penaja seks perempuan.

- **Promosikan VCT dan penanganan IMS:** Diagnosis dan penanganan IMS dan VCT untuk HIV, walaupun sangat berguna dalam mencegah transmisi HIV, mungkin bukanlah prioritas pribadi bagi penaja seks perempuan karena berbagai alasan. Membantu mereka melihat manfaat pribadi dari diagnosis dan penanganan IMS dan VCT dapat meningkatkan motivasi mereka dalam bertindak. Riset formatif akan membantu merencanakan program memahami stigma yang terlibat dan hal apa yang dapat menjadi motivator terbaik suatu komunitas. Sebagai contoh, pekerja seks perempuan yang lebih tua biasanya memiliki anak dan menaruh perhatian pada masa depan anak-anaknya. Menggunakan keadaan ini sebagai faktor motivasi dapat menjadi efektif.

LSL dan Waria: Ada beberapa isu dasar yang harus disampaikan ke semua kategori atau identitas LSL. Tetapi, faktor sosial dan kontekstual tempat LSL berada akan menentukan cara hal-hal ini akan dikomunikasikan, serta hal lain apa yang harus disertakan. Isu ini dapat mencakup, sebagai contoh, cara menghindari eksploitasi dan kekerasan dalam situasi yang dapat mengancam keselamatan pribadi. Isu tersebut harus dikembangkan sesuai konteks.

- Kuatkan pandangan bahwa HIV tidak terlihat: Seseorang tidak dapat mengetahui apakah pasangan seksualnya telah terinfeksi HIV kecuali pasangannya telah dites. Jika seseorang tidak mengetahui status pasangannya (baik laki-laki ataupun perempuan, komersial atau tidak, tetap atau sementara), gunakan kondom.
- Promosikan ABC: dimanapun pesan pencegahan yang sama (abstain, setia pada pasangan yang tidak terinfeksi atau turunkan jumlah pasangan, dan gunakan kondom) dapat diterapkan.
- Komunikasikan dengan jelas bahwa semua seks penetratif yang tidak terlindungi berisiko: Beberapa laki-laki mungkin percaya bahwa seks anal lebih tidak berisiko daripada seks vaginal, padahal risikonya lebih besar. LSL harus tahu risiko yang berhubungan dengan seks anal dan pentingnya menggunakan kondom. Sangatlah penting untuk mendorong pesan bahwa kondom harus digunakan sebelum penetrasi dan untuk menanggapi mitos bahwa penetrasi yang awal dan tidak kasar tidak memiliki risiko.
- Jelaskan pandangan yang tidak tepat mengenai seks oral: Seks penis ke mulut juga memiliki risiko, terutama jika terdapat perpindahan cairan tubuh melalui luka dan lesi. Disarankan bagi partisipan "aktif" untuk tidak berejakulasi di mulut. Kondom dapat juga digunakan sebagai perlindungan.
- Promosikan metoda non-penetratif: Terdapat berbagai cara non-penetratif untuk menikmati seks, termasuk masturbasi mutual dan "seks paha", dan hal-hal ini harus disarankan untuk mengurangi risiko.
- Kondom harus digunakan secara benar dan konsisten: Pengguna harus sadar bahwa kondom dapat sobek ketika pelumas berbahan dasar minyak

digunakan. LSL juga perlu tahu bahwa kondom harus digunakan baik oleh pasangan laki-laki maupun perempuan, untuk seks komersial dan non-komersial, dan dengan pasangan tetap maupun sementara. Ketika seseorang telah terbiasa menggunakannya dan bila dilumasi dengan tepat, pemakaian dapat memperpanjang orgasme dan meningkatkan kenikmatan.

- Alkohol dan napza: Faktor-faktor ini dapat meningkatkan kemungkinan transmisi HIV, baik dalam hubungannya ke perilaku seksual, atau secara langsung bagi pengguna napza suntik.

ODHA – Mobilisasi komunitas dan menangani stigma dan diskriminasi:

- Luruskan informasi yang tidak tepat mengenai transmisi dan konsep lain yang dapat menstigmatisasi.
- Tekankan pentingnya rasa kasih dan solidaritas.
- Libatkan pemimpin kepercayaan dan tradisional yang memiliki ketertarikan untuk mengembangkan cara yang tepat untuk penanganan stigma dan pencegahan (abstain/penundaan, pengurangan pasangan/kesetiaan, penggunaan kondom).
- Tangani masalah norma jender dan praktik tradisional yang berbahaya.
- Tentukan pesan-pesan yang dapat dilaksanakan mengenai kekerasan seksual dan seks transaksional dan antargenerasi.
- Promosikan metoda penanganan berbasis rumah dan strategi berbasis komunitas yang sukses bagi OVC.
- Promosikan VCT, penanganan IMS, dan penanganan infeksi oportunistik dan kembangkan cara untuk menyokong pemakaian ARV, jika tersedia.
- Tekankan bahwa semua orang memiliki risiko, bukan hanya mereka yang diidentifikasi sebagai kelompok berisiko tinggi.
- Fokus pada perilaku berisiko, bukan kelompok berisiko.
- Klarifikasikan bahwa kontak biasa dengan ODHA (seperti berjabat tangan, berpelukan) tidak mentransmisikan HIV.
- Ikut sertakan ODHA asimtomatik dalam upaya pencegahan dan komunikasi visual untuk mendemonstrasikan bahwa "Kamu tidak akan tahu hanya dari penglihatan".
- Komunikasikan bahwa ODHA dapat memiliki hidup yang panjang, positif, dan *sehat jika mereka memiliki pilihan perawatan dan dukungan*.
- Tekankan hak asasi manusia dan rasa kasih sayang seperti: "Saya bukanlah penyakit saya." "Teman saya yang terkena AIDS, pertama-tama dia adalah teman saya." "AIDS tidak mendiskriminasi, mengapa anda?" "Lawan AIDS, bukan orang dengan AIDS." "Lihatlah, stigma bisa membunuh."

Laki-laki dan perempuan dalam jender: Dari sudut pandang jender, isu kunci mencakup hal-hal berikut ini:

- **Komunikasikan kesamaan jender dengan jelas:** Pesan harus dibangun dengan pemahaman perbedaan seks dan jender – biologis dan sosial. "Seks" merujuk pada perbedaan biologis laki-laki dan perempuan atau pada kegiatan seksual. "Jender", di lain pihak, merujuk pada peranan yang dibangun secara

sosial, kualitas, dan perilaku yang diharapkan dari laki-laki dan perempuan pada budaya yang berbeda-beda. Peranan jender dipelajari dan dipengaruhi oleh pendidikan, status ekonomi dan sosial, dan beberapa hal lain. Sementara seks suatu individu biasanya tidak berubah, peranan jender ditentukan secara sosial dan dapat berubah seiring waktu. Komunikasi HIV dan AIDS dapat digunakan untuk menangani peranan jender yang berbahaya bagi perkembangan masyarakat secara keseluruhan dan menempatkan mereka dalam risiko infeksi HIV yang lebih besar.

- **Komunikasikan dengan sensitif bahwa ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan dapat meningkatkan resiko HIV:** Tema sentral dalam pembangunan dan penyampaian jender dan seksualitas adalah kekuasaan. Hal ini mempengaruhi otonomi individual, rasa tentang diri sendiri, pengalaman seks, dan kesempatan yang terbuka bagi laki-laki dan perempuan. Tema dan pesan komunikasi harus menangani masalah ketidakseimbangan dalam hubungan dan konsekuensi ketidakseimbangan ini. Mereka harus mendorong rasa menghargai dua arah antara laki-laki dan perempuan. Komunikasi harus fokus pada laki-laki yang menunjukkan kepedulian terhadap pasangan dan keluarganya dengan cara tidak membawa HIV ke rumah tangga. Pesan dapat menekankan bahwa harga seorang laki-laki diperkuat dengan cara peduli secara aktif terhadap pasangan dan anak-anaknya.

Beberapa kualitas spesifik "persamaan jender" mencakup laki-laki yang:

- * menghargai perempuan dan tidak mencari penaklukan seksual, tapi lebih ke persamaan dan keintiman;
 - * ingin menjadi ayah yang terlibat secara aktif dalam perawatan anaknya;
 - * mengasumsikan tanggung jawab yang setara untuk isu kesehatan reproduksi;
 - * tidak melakukan kekerasan terhadap perempuan; dan
 - * menyarankan teman laki-lakinya agar bertanggungjawab.
- **Tingkatkan efektivitas diri melalui tokoh panutan:** Program komunikasi dapat menampilkan perempuan yang dapat mempertahankan dirinya di depan laki-laki. Perempuan yang demikian memiliki kemampuan menolak dan efektivitas diri, memilih untuk menentukan masa depan mereka sendiri. Tetapi, tampilan perempuan yang tertindas dapat dengan tidak sengaja menolak pesan yang hendak disampaikan. Penelitian yang teliti mengenai karakter dan isu yang akan dicakup dalam program akan membantu meningkatkan penerimaan oleh audiens.
 - **Identifikasi dan tampilkan "penyimpangan positif" dalam program:** Promosikan dan pelajari lebih jauh mengenai "penyimpangan positif," laki-laki dan perempuan yang mendemonstrasikan nilai jender positif dan menunda awal hubungan seksual, abstain, setia, dan mempraktikkan perilaku seksual yang aman untuk mencegah penyebaran HIV.
 - **Promosikan dialog:** Dialog terbuka antar anggota masyarakat merupakan strategi penting yang dapat memfasilitasi fokus dalam seksualitas, jender, dan AIDS sebagai langkah menuju perilaku aman untuk melawan infeksi HIV.
 - **Libatkan orang tua:** Program komunikasi harus mendorong anak-anak

agar memulai dialog ke orang tua mereka mengenai isu-isu seksualitas dan pencegahan HIV, serta membantu orang tua mendidik anak-anak mereka mengenai seksualitas, tanggung jawab, dan HIV.

Generasi muda:

- Motivasi generasi muda untuk menunda awal hubungan seksualnya selama mungkin dengan cara menolak tekanan dari teman sebaya atau pengaruh lain untuk memulai aktivitas seksual dini.
- Ajarkan bahwa sudah hilangnya keperawanan bukan berarti tidak mungkin menjadi abstain lagi.
- Dorong anak muda agar abstain dari hubungan seksual banyak pasangan.
- Jadikan penggunaan kondom dihargai dan diharapkan di setiap hubungan seksual.
- Tingkatkan pandangan mengenai risiko pribadi HIV dan AIDS mereka dan kemampuan mereka berbicara dengan yang lain mengenai isu seksual.
- Bangun rasa percaya diri orang tua (atau orang dewasa yang dipercaya lainnya) dan anak-anak untuk mendiskusikan isu seksual satu sama lain.
- Dorong anak muda untuk membuat rencana pengurangan risiko pribadi dan mengikuti rencana tersebut.
- Fasilitasi kompetensi keterampilan hidup dan komunikasi melalui tokoh panutan yang dapat mendemonstrasikannya.
- Ajarkan anak muda bahwa HIV dapat menginfeksi siapa pun dan bahwa kita tidak dapat mengetahui siapa yang telah terinfeksi dengan sekedar melihat.
- Dorong anak muda untuk melanjutkan sekolah sejauh mungkin.
- Informasikan bahwa IMS memfasilitasi transmisi HIV dan bahwa kondom dapat mencegah keduanya.
- Dorong anak muda untuk mengakses pelayanan kesehatan, jika tersedia, termasuk konseling dan penanganan IMS, VCT, dan kondom.
- Dorong anak muda untuk mengakses pelayanan rekreasi dan sosial yang ramah, jika tersedia, dan untuk mengambil bagian dalam olah raga.

4. Mengomunikasikan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIKA)

Terdapat kebutuhan mendesak untuk memperluas usaha PPIKA ke daerah pedesaan, tempat mayoritas populasi bertempat tinggal. Harus diingat bahwa program PPIKA tidak menawarkan "peluru ajaib" untuk menginterupsi infeksi HIV. Ketika uji penelitian untuk PPIKA dijadikan program percobaan pada akhir 1990an, menjadi jelas bahwa faktor sosial memiliki peranan penting bagi implementasi yang sukses. Intervensi komunikasi adalah kunci menangani kendala ini.

Advokasi untuk perubahan kebijakan: PPIKA harus menjadi bagian penting dalam strategi HIV dan AIDS Indonesia di masa depan. Adalah penting untuk

menetapkan peranan komunikasi dalam PPIKA di awal dan mengembangkan rencana komunikasi yang komprehensif (misalnya, melalui tim pengarah nasional yang mencakupi KPAN, departemen kesehatan, rumah sakit - rumah sakit besar, LSM dan organisasi perempuan, serta lembaga donor yang tertarik).

Pendekatan: Komunikasi memegang peranan serupa dalam PPIKA seperti dalam VCT. Komunikasi dapat menciptakan kesadaran dan permintaan dari masyarakat umum mengenai pelayanan ini; komunikasi dapat menguatkan penyediaan pelayanan melalui KAPK yang lebih baik untuk penyedia pelayanan; dan komunikasi dapat menciptakan penerimaan sosial yang lebih besar dan menurunkan stigma yang melekat pada PPIKA. Karena pada umumnya PPIKA dianggap sebagai intervensi medis, komunikasi belum menjadi bagian penting dari intervensi PPIKA. Beberapa pendekatan komunikasi yang harus dipertimbangkan adalah:

- Presentasi yang singkat dan didesain dengan baik serta pamflet mengenai analisis situasi dan strategi serta tujuan program
- Pertemuan dengan pemangku kepentingan utama yang telah disebut sebelumnya untuk mendiskusikan dan menjelaskan program
- Komunikasi Antar Personal dengan pembuat keputusan utama yang didukung dengan materi yang singkat dan didesain dengan baik
- Pelatihan bagi jurnalis media cetak dan elektronik agar mereka dapat menyediakan pemberitaan yang baik.
- Lokakarya dan konferensi yang melibatkan penentu keputusan utama, diliput oleh media
- Produksi dan penyiaran atau distribusi video pendek untuk menjelaskan program dengan singkat dan jelas (berguna bagi jurnalis yang ingin menggunakan ide tersebut untuk penyiaran di TV atau radio).

Memperkuat penyediaan jasa melalui perbaikan komunikasi antar pribadi/ keterampilan konseling bagi penyedia layanan: Para pelaksana program tidak boleh mengasumsikan bahwa sikap dan keterampilan konseling penyedia layanan telah cukup untuk menciptakan program PPIKA dengan sukses. PPIKA menambahkan suatu dimensi baru ke VCT karena melibatkan perihal emosional yang mendalam mengenai menjadi orang tua, kelangsungan hidup keturunan, keputusan mengenai melanjutkan kehamilan, dan pilihan menyusui bayi, serta dimensi baru dalam stigma dan kemungkinan perilaku kekerasan di antara pasangan. Selain itu, dimensi tambahan ada di PPIKA karena penyedia pelayanan akan diwajibkan untuk memberikan dan memastikan pelaksanaan dengan rejimen pengobatan ARV. Beberapa layanan VCT telah diciptakan untuk menangani anak muda atau pasangan yang hendak menikah, dan konselor pada pelayanan ini mungkin tidak tahu banyak mengenai PPIKA. Sebagai tambahan, seringkali pelatihan konseling yang ada dalam VCT berorientasi teknis dan kurang menyentuh aspek psikososial. Langkah-langkah yang dapat diambil

untuk menguatkan penyediaan layanan mencakup hal-hal berikut:

- Ciptakan kriteria penyeleksian bagi konselor PPIKA; sebagai contoh, mereka belum tentu secara otomatis orang-orang yang mengerjakan tes klinis dengan baik.
- Kembangkan sebuah kurikulum, manual pelatihan, dan penerapan pelatihan bagi konselor tanpa "menciptakan ulang rodanya"; banyak sumber telah tersedia untuk diadaptasi.
- Konselor pelatihan harus memastikan bahwa materi konseling diberikan dengan cara yang interaktif, bukan memerintah, agar para ibu atau orang tua dapat memberikan pertanyaan, memahami pokok permasalahan yang ada, dan membuat pilihan.
- Ciptakan jaringan konselor yang dapat membantu petugas kesehatan yang terlalu terbebani dalam menyediakan pelayanan konseling dasar.
- Sediakan pengawasan psikososial dan dukungan bagi konselor untuk menangani isu emosional dan kejenuhan akibat konseling HIV yang terus menerus.

Menciptakan kesadaran dan permintaan di antara perempuan hamil (yang positif HIV) dan pasangan mereka: Strategi komunikasi harus mencapai sasaran utama PPIKA. Semua ibu yang sedang hamil, baik mereka yang sudah mengetahui status HIV mereka maupun mereka yang belum, harus diberitahukan mengenai permasalahan PPIKA seperti pentingnya VCT, ketersediaan obat yang dapat mencegah PIKA, petunjuk menyusui bayi, serta pelayanan yang tersedia bagi perempuan dan pasangan mereka. Langkah-langkah penting mencakup:

- Pengembangan materi komunikasi yang jelas dan akurat untuk membantu ibu yang positif HIV untuk membuat keputusan mengenai apakah mereka harus mengambil pengobatan atau menyusui, berdasarkan pengetahuan dan praktik yang tersedia di komunitasnya dan sumber yang tersedia baginya.
- Penggunaan sarana, termasuk percetakan, media massa, video di area ruang tunggu klinik, serta aktivitas masyarakat.
- Pengembangan jaringan pendidikan sebaya dan kelompok dukungan bagi ibu positif HIV yang telah melahirkan.

Di Indonesia, laki-laki jarang dilibatkan dalam permasalahan kesehatan perempuan pasangannya. Perempuan hamil yang pergi sendiri ke klinik kesehatan dapat dihibing untuk melakukan tes HIV. Ketika setelah dites perempuan tersebut terbukti positif HIV, laki-laki mungkin "menyalahkan sang korban", dan menyatakan tidak bertanggungjawab atas infeksi yang terjadi. Untuk menangani situasi ini, beberapa telah menyarankan perubahan nama PIKA menjadi transmisi "orang tua-ke-anak" untuk menunjukkan peran pasangan laki-laki dalam penyebaran HIV ke anak tersebut. Konseling untuk VCT di program PPIKA harus melibatkan kedua orang tua. Ketika suatu pasangan mengambil keputusan untuk dites bersama, konselor dapat menurunkan atau menghilangkan sikap "menyalahkan korban" dan mendorong pasangan tersebut untuk mengambil keputusan dan mendukung satu sama lain di kegiatan berikutnya, termasuk ART dan pilihan dalam penyusuan bayi. Langkah-langkah berikut dapat diterapkan untuk

melibatkan pasangan laki-laki dalam PPIKA:

- Libatkan pemimpin laki-laki di masyarakat dalam analisis situasi dan pengembangan strategi keluar untuk pelayanan VCT dan PPIKA. Minta mereka merefleksikan penyebab transmisi HIV dan efeknya ke perempuan dan anak-anak.
- Latih konselor laki-laki untuk mengajak laki-laki yang membutuhkan tes VCT dan kelanjutannya atau minta pekerja komunitas laki-laki menawarkan bantuan dari perempuan dalam berhubungan dengan pasangan mereka.
- Integrasikan informasi mengenai PPIKA dan konseling pasangan di pertemuan post-tes.
- Gunakan media massa untuk mempromosikan keterlibatan laki-laki sebagai norma sosial yang diinginkan untuk VCT dan PPIKA.
- Integrasikan PPIKA dengan promosi perencanaan keluarga, yang telah memiliki lebih banyak pengalaman dengan keterlibatan laki-laki. Belajar dari status positif HIV seseorang menyediakan kesempatan bagi pasangan untuk menilai ulang ukuran keluarga mereka dan tujuan mereka di masa depan.

Komunikasi mengenai menyusui: Di antara 10 hingga 20 persen bayi yang lahir dari ibu yang positif HIV mendapatkan HIV melalui menyusui (yaitu bayi hingga umur 18 bulan). Penting membuat kebijakan komunikasi nasional ataupun provinsi dan pesan yang terstandardisasi agar perempuan dan pasangan mereka tidak bingung mengenai permasalahan yang terjadi dan mampu menentukan pilihan merupakan hal yang penting, berdasarkan fakta yang kuat:

- 50 hingga 70 persen transmisi muncul di enam bulan pertama.
- ASI eksklusif dapat menurunkan risiko ini. Pengenalan dini makanan lain dan/atau patogen menyebabkan gangguan gastrointestinal yang dapat meningkatkan kemampuan HIV menembus dinding saluran pencernaan.
- Risiko transmisi HIV tetap ada selama bayi disusui.
- Mastitis, abses payudara, puting yang pecah-pecah dan berdarah, dan bentuk peradangan lainnya dapat meningkatkan risiko.
- Kandungan virus yang tinggi di ibu dan status imunitas yang rendah dapat meningkatkan risiko.
- Infeksi maternal baru selama menyusui meningkat hingga sekitar 30 persen.
- Bayi dengan lesi oral, terutama pada enam bulan pertama, berada dalam risiko yang lebih tinggi.

Strategi yang harus diambil:

- Libatkan pemimpin masyarakat dan anggotanya sejak awal agar mendapatkan dukungan untuk program serta untuk membantu menyediakan lingkungan yang baik untuk keluarga yang terkena HIV. Keterlibatan yang demikian dapat mempercepat mobilisasi masyarakat untuk menangani masalah stigma.
- Libatkan permasalahan stigma yang berhubungan dengan PPIKA di program media massa yang ada.
- Integrasikan PPIKA di media massa dan program-program keterampilan hidup.

PPIKA juga harus menjadi bagian media massa dan pelatihan keterampilan hidup bagi anak muda agar mereka dapat belajar cara melindungi keluarga masa depan mereka dari infeksi, serta mengetahui bagaimana perilaku beresiko dapat mempengaruhi rencana masa depan mereka.

- Latih konselor tentang cara menggunakan tes negatif HIV sebagai kesempatan terbaik untuk mendorong perilaku positif termasuk kesetiaan, abstain periodik, dan penggunaan kondom ketika tidak yakin. (Walaupun hanya sedikit meraih sukses dalam penggunaan kondom oleh pasangan tetap di program pencegahan HIV dan AIDS, PPIKA menawarkan kesempatan konseling yang kuat untuk mempromosikan praktik ini).
- Gunakan intervensi PPIKA sebagai kesempatan untuk mendorong pentingnya tes dan penanganan IMS.
- Integrasikan PPIKA ke program yang lain. Promosi PPIKA dapat dilakukan sebagai pelayanan ANC regular atau sebagai program pencegahan HIV secara keseluruhan melalui media lokal seperti radio lokal atau media berbasis komunitas, atau melalui proses kelompok. Perencana program harus menggunakan media massa nasional secara hati-hati untuk mencegah stigmatisasi bagi mereka yang mengakses pelayanan program.
- Motivasi perempuan hamil untuk dites HIV (contoh, "Mengambil tes dapat menyelamatkan anda dari meneruskan virus anda ke anak anda. Maukah anda mengambil kemungkinan itu?").
- Motivasi perempuan yang positif HIV untuk pergi ke konseling mengenai pilihan perencanaan keluarga mereka.
- Beritahukan ibu positif HIV yang sedang menanti kelahiran bahwa terdapat obat-obatan yang dapat melindungi anak mereka dari transmisi HIV selama kehamilan dan melahirkan dan memotivasi mereka untuk menggunakan pelayanan yang tepat.
- Beritahukan ibu mengenai petunjuk menyusui yang terbaru (dijelaskan di bagian menyusui yang sebelumnya). Pilihan apa pun yang diambil, sang ibu harus sadar akan bahayanya menyusui melalui botol dan pentingnya memilih alternatif, seperti menyuapi, dengan aman. Hal ini berlaku untuk penggunaan susu formula, ASI yang terekspresi, atau susu dari hewan.
- Beritahukan ibu yang positif HIV mengenai gaya hidup positif, dan bantu mereka untuk mengunjungi kelompok pendukung yang ada.
- Kembangkan pesan-pesan bagi pasangan laki-laki agar terlibat.
- Tangani masalah kekerasan dalam rumah tangga.
- Integrasikan PPIKA sebagai permasalahan keluarga yang penting selama VCT, promosi kesehatan generasi muda, dan promosi kesehatan reproduksi umum.

pelaksana upaya komunikasi lainnya agar seluruh program komunikasi HIV dan AIDS akan berjalan secara terkoordinasi dan terarah. Apabila diperlukan perubahan atau perbaikan dalam Rencana Komunikasi ini, seperti misalnya perubahan strategi, KPA Nasional wajib memberitahukan perubahan ini pada mitra- mitra.

POKJA Komunikasi Nasional adalah suatu badan yang terdiri dari pekerja komunikasi profesional, baik dari lembaga pemerintahan dan dari kalangan masyarakat, yang bertanggung jawab terhadap isi dan bahan Strategi Komunikasi, serta merupakan badan yang memastikan rencana komunikasi ini adalah dokumen yang cukup tegas untuk dipakai sebagai panduan untuk semua pihak yang terlibat, dengan tujuan yang jelas, pendekatan komunikasi strategis, dan dengan suatu metodologi untuk analisa partisipasi. POKJA Komunikasi Nasional akan secara berkala mengevaluasi proses yang dilakukan untuk memastikan bahwa Strategi Komunikasi ini digunakan secara benar oleh semua mitra kerja. Hasil evaluasi akan dipelajari dan digunakan untuk memperbaiki upaya komunikasi strategis yang akan dilakukan di masa mendatang.

Tantangan koordinasi: Ada sejumlah tantangan yang harus dihadapi untuk mencapai hal yang disebutkan di atas. 1) Keanggotaan POKJA Komunikasi Nasional berasal dari berbagai organisasi, dan orang-orang seperti pekerja sukarela dan staf yang tidak dibayar, sering kali kurang memiliki komitmen pada proses perencanaan dan pelaksanaan aktifitas komunikasi. 2) Organisasi KPA Nasional tidak memiliki kapasitas yang kuat dalam proses komunikasi untuk memobilisasi dan koordinasi sumber daya yang tersedia dari pihak luar. 3) Data profil perilaku nasional tidak siap dan tidak bisa diakses dengan mudah. 4) Banyak organisasi yang melakukan program komunikasi HIV dan AIDS, namun melakukannya tanpa rancangan strategis dan dengan analisa partisipasi yang kurang atau tanpa melakukan analisa faktor sosial, agama, budaya, ekonomi, dan pendidikan yang cukup. 5) Komponen program komunikasi tidak terintegrasi secara baik dengan layanan terkait HIV dan AIDS. 6) Terakhir, partisipasi yang ada dalam menentukan kebijakan yang berkenaan dengan program komunikasi tidaklah banyak.

Faktor-faktor diatas perlu diperhitungkan secara seksama dalam menentukan kebijakan komunikasi strategis nasional. Salah satu solusinya adalah agar KPA Nasional dan Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat mewajibkan banyak aktor dari berbagai pihak seperti pakar komunikasi, universitas, organisasi nasional dan internasional, pelaksana lapangan dan pihak-pihak lainnya untuk menyumbangkan sumber daya mereka masing-masing.

b) Kolaborasi antar Sektor

Keterlibatan berbagai institusi, organisasi dan elemen masyarakat sangat diperlukan untuk upaya pencegahan HIV dan AIDS, termasuk kegiatan komunikasi. Koordinasi dan manajemen semua aktivitas terkait yang dilakukan oleh sejumlah

1. Mengelola Mobilisasi Sosial

Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS ini disusun sebagai sebuah garis panduan untuk KPA, para pekerja profesional di bidang komunikasi, pembuat kebijakan, LSM, termasuk mitra internasionalnya, Ormas-ormas dan Organisasi Keagamaan dalam mengembangkan dan melaksanakan program komunikasi HIV dan AIDS di tingkat nasional, serta di tingkat propinsi, kabupaten/kota dan tingkat masyarakat untuk memastikan bahwa upaya komunikasi perubahan perilaku yang ada dikembangkan secara strategis. Hal ini akan memerlukan dukungan yang kuat dan efektif dari KPA Nasional. Diharapkan sejauh mungkin, program ini dapat memanfaatkan lembaga-lembaga yang ada, disamping mendukung pengembangan kapasitas apabila diperlukan.

a) Koordinasi dan Manajemen

KPA nasional bertindak sebagai suatu pintu gerbang utama untuk kolaborasi dengan berbagai kantor pemerintahan, lembaga sipil dan masyarakat, serta lembaga internasional untuk perencanaan program penyelarasan program, rapat koordinasi, dan pelaporan hasil pelaksanaan program. KPA Nasional melalui Kelompok Kerja Komunikasi Nasional, akan mengelola program komunikasi HIV dan AIDS di Indonesia. POKJA Komunikasi Nasional berperan membantu KPA Nasional dalam menetapkan kebijakan dan mengembangkan program komunikasi tentang HIV dan AIDS di Indonesia. Selain itu, tugas POKJA Komunikasi Nasional adalah untuk memobilisasi pemerintah daerah, para pekerja profesional, masyarakat sipil, serta sektor swasta dalam pelaksanaan Strategi Komunikasi ini. Bersama dengan Kelompok Kerja Riset dan Kelompok Kerja Pengawasan dan Evaluasi, POKJA Komunikasi Nasional memberikan rekomendasi berdasarkan temuan riset yang dilakukan untuk masukan kebijakan serta dalam mengadakan evaluasi dan pengawasan program komunikasi.

KPA Nasional akan memandu KPA Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk mengembangkan komunikasi strategis di tingkat propinsi, dengan menggunakan strategi komunikasi nasional sebagai bahan rujukan, untuk mencapai tujuan yang sama. KPA Nasional juga akan menyebarkan strategi tersebut di ke semua anggota—badan pemerintahan, LSM, lembaga internasional dan pihak-pihak

1. Mengelola Mobilisasi Sosial

Strategi Komunikasi Penanggulangan HIV dan AIDS ini disusun sebagai sebuah garis panduan untuk KPA, para pekerja profesional di bidang komunikasi, pembuat kebijakan, LSM, termasuk mitra internasionalnya, Ormas-ormas dan Organisasi Keagamaan dalam mengembangkan dan melaksanakan program komunikasi HIV dan AIDS di tingkat nasional, serta di tingkat propinsi, kabupaten/kota dan tingkat masyarakat untuk memastikan bahwa upaya komunikasi perubahan perilaku yang ada dikembangkan secara strategis. Hal ini akan memerlukan dukungan yang kuat dan efektif dari KPA Nasional. Diharapkan sejauh mungkin, program ini dapat memanfaatkan lembaga-lembaga yang ada, disamping mendukung pengembangan kapasitas apabila diperlukan.

a) Koordinasi dan Manajemen

KPA nasional bertindak sebagai suatu pintu gerbang utama untuk kolaborasi dengan berbagai kantor pemerintahan, lembaga sipil dan masyarakat, serta lembaga internasional untuk perencanaan program penyelarasan program, rapat koordinasi, dan pelaporan hasil pelaksanaan program. KPA Nasional melalui Kelompok Kerja Komunikasi Nasional, akan mengelola program komunikasi HIV dan AIDS di Indonesia. POKJA Komunikasi Nasional berperan membantu KPA Nasional dalam menetapkan kebijakan dan mengembangkan program komunikasi tentang HIV dan AIDS di Indonesia. Selain itu, tugas POKJA Komunikasi Nasional adalah untuk memobilisasi pemerintah daerah, para pekerja profesional, masyarakat sipil, serta sektor swasta dalam pelaksanaan Strategi Komunikasi ini. Bersama dengan Kelompok Kerja Riset dan Kelompok Kerja Pengawasan dan Evaluasi, POKJA Komunikasi Nasional memberikan rekomendasi berdasarkan temuan riset yang dilakukan untuk masukan kebijakan serta dalam mengadakan evaluasi dan pengawasan program komunikasi.

KPA Nasional akan memandu KPA Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk mengembangkan komunikasi strategis di tingkat propinsi, dengan menggunakan strategi komunikasi nasional sebagai bahan rujukan, untuk mencapai tujuan yang sama. KPA Nasional juga akan menyebarkan strategi tersebut di ke semua anggota—badan pemerintahan, LSM, lembaga internasional dan pihak-pihak

organisasi diperlukan untuk menghindari tumpang tindih dan pertentangan antar aktivitas yang bisa menimbulkan turunya efektifitas program ini. Lembaga mitra yang perlu berkoordinasi termasuk badan pemerintah yang juga merupakan anggota KPA Nasional, institusi-institusi yang menangani masalah HIV dan AIDS, LSM dan organisasi sosial lainnya, lembaga nasional dan Internasional, media massa, komunitas bisnis, dan lembaga donor.

Mitra-mitra tersebut dapat bertindak sebagai manajer program dan dapat menjalankan program apapun melalui lembaganya yang memiliki rancangan yang sejalan dengan Strategi Komunikasi yang ada. Fungsi mobilisasi sosial melibatkan pembentukan hubungan yang baik dengan semua pihak, termasuk mitra dan mitra yang ada saat ini maupun yang akan bergabung di masa mendatang. KPA Nasional dan POKJA Komunikasi Nasional perlu mengadakan rapat Forum Komunikasi secara rutin untuk melakukan perencanaan, harmonisasi/sinkronisasi program komunikasi, pembaruan dan penyampaian informasi yang diperlukan serta untuk menerima masukan informasi yang perlu untuk perencanaan program HIV dan AIDS.

Forum Komunikasi ini tidak terbatas untuk perancangan program HIV dan AIDS saja. Banyak lembaga yang mungkin tidak secara langsung terlibat dengan masalah HIV dan AIDS namun kepedulian dan ketertarikan mereka bisa membantu program HIV dan AIDS, seperti yang telah ditunjukkan di rapat-rapat konsultasi. Sebagai contoh, banyak LSM di bidang pemberdayaan masyarakat atau perlindungan hak asasi manusia tidak secara langsung terlibat dengan HIV dan AIDS. Meskipun demikian, mereka bisa berpartisipasi dalam program pendukung terkait dengan pencegahan HIV, perawatan, dukungan, dan penanganan melalui pemberdayaan perempuan, dsb.

Perencanaan Program: KPA Nasional, bersama dengan semua mitra pemerintah, mengembangkan rencana kerja tahunan dan komunikasi adalah bagian dari rencana kerja tersebut. KPA di tingkat provinsi dan kabupaten/kota juga akan mengembangkan rencana kerja dan program komunikasi tahunan mereka dengan menggunakan Strategi Komunikasi sebagai panduan mereka. Konten lokal tentu saja diperlukan, namun secara umum tujuan rencana tersebut harus didasarkan pada kebijakan nasional.

KPA Nasional akan menunjuk POKJA Komunikasi Nasional untuk menyediakan bantuan teknis pada KPA provinsi dan kabupaten/kota dengan merujuk pada Strategi Komunikasi dan program yang disusun. POKJA Komunikasi Nasional harus melihat apakah program yang direncanakan konsisten dengan prioritas yang telah ditetapkan di Strategi Komunikasi ini.

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah mensinergikan dan mengembangkan program tersebut dengan program-program yang lain. Untuk memastikan hal ini, KPA Nasional dan POKJA Komunikasi Nasional akan mengadakan rapat

koordinasi rutin dan membuat jaringan dengan media untuk mengembangkan dan memonitor efektivitas program tersebut.

Perancangan Sarana dan Prasarana: KPA Nasional sebaiknya mengkaji ulang semua sarana dan prasarana yang dihasilkan oleh Pokja Komunikasi Nasional. Meskipun demikian, KPA Nasional perlu membangun sebuah sistem koordinasi dan pengenalan sarana dan prasarana untuk menghindari kontroversi yang tidak perlu dari sarana dan prasarana yang tidak sesuai. Masing-masing lembaga bisa mendapatkan bantuan teknis dari POKJA Komunikasi Nasional dalam hal kelompok sasaran, konten, format, dan desain sarana dan prasarana, uji awal sarana dan prasarana, dan rencana distribusi. POKJA Komunikasi Nasional diperbolehkan untuk mencari masukan dari para pakar apabila diperlukan, misalnya untuk sarana dan prasarana yang mengandung pesan religious atau budaya.

Penyusunan dan Penyaluran: KPA Nasional adalah *"clearing house"* atau "pusat informasi" dari segala sarana dan prasarana HIV dan AIDS yang dipersiapkan dan disalurkan di Indonesia. Semua sarana dan prasarana nasional yang telah dipersiapkan perlu diserahkan ke KPA Nasional yang akan menyimpan contoh dari semua sarana dan prasarana untuk sebagai bagian dari basis data semua program penanganan HIV dan AIDS di Indonesia. KPA mengarahkan penyaluran sarana dan prasarana ini, kepada siapa, di mana, serta berapa banyak. Selain berfungsi sebagai metoda perunut, hal ini juga akan membantu penyaluran sarana dan prasarana tertentu; misalnya agar anak-anak tidak menerima sarana dan prasarana yang berisi konten seksual eksplisit.

Komunikasi Krisis: Dalam pelaksanaan program (baik program komunikasi maupun program pencegahan HIV secara keseluruhan), selalu ada kemungkinan munculnya hal-hal yang tidak terduga dan KPA Nasional harus mengantisipasi kemungkinan munculnya krisis ataupun isu yang kritis. Hal ini bisa termasuk berita yang menggelisahkan, stigmatisasi suatu kelompok tertentu, mispersepsi isu yang terkait HIV, dan lain lain. Suatu situasi kritis akan melibatkan beberapa pihak termasuk pihak yang menerima dampak, media massa (apabila ada berita terkait yang dilaporkan), masyarakat sekitar atau masyarakat umum, dan kelompok dengan kepentingan pribadi. Menyiapkan suatu rencana untuk situasi krisis akan memperkecil masalah. Kurangnya komunikasi akan berujung pada kesalahpahaman, ketidakpastian, kecurigaan dan bisa berujung ke tindakan-tindakan yang tidak perlu yang bisa mengakibatkan kerugian finansial dan menghambat kemajuan program.

Apabila terjadi krisis atau situasi kritis, KPA Nasional harus memberikan umpan balik: komunikasi yang jelas, minimal kepada pihak yang terlibat secara langsung. Hal ini untuk menghindari ketidakjelasan dan keraguan serta untuk mengurangi kecenderungan untuk melakukan tindakan yang tidak perlu. Sebagai bagian dari fungsi ini, penunjukan seorang juru bicara untuk situasi-situasi kritis

penting untuk dilakukan. Meskipun demikian, seluruh lini sektor kunci harus mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai setiap persoalan yang ada dan memiliki sarana dan prasarana untuk menjawab pertanyaan yang muncul. Saat KPA Nasional mendapatkan cakupan pemberitaan yang lebih luas dan terkait dengan masyarakat umum, KPA Nasional perlu memberikan informasi yang jelas dan sesuai dalam upaya mendapatkan kembali kepercayaan publik.

c) Mobilisasi Sumber Daya

Sumber daya manusia: Kantor KPA Nasional, Propinsi, Kabupaten/Kota semua memiliki peran penting untuk dimanfaatkan. Dengan kepemimpinan yang kuat, Kantor KPA akan memobilisasi sumber daya manusia dari masyarakat sipil dan dari lembaga pemerintahan dalam hal perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi program komunikasi. Dalam melakukan tugasnya, Kantor KPA sebaiknya dibantu dengan perekrutan staf profesional. Perekrutan tersebut akan mempertimbangkan kesetaraan gender dan lowongan untuk ODHA yang sejalan dengan prinsip memperbesar keterlibatan ODHA.

Sumber dana: Dana tidak bisa hanya didapatkan dari satu sumber. Penggalangan dana adalah bagian yang penting dari program dan cukup jelas bahwa ketersediaan dana adalah salah satu indikator keberhasilan suatu program. KPA Nasional memiliki dana yang dialokasikan oleh APBN / Pemerintah Pusat. Dana yang diperlukan juga bisa datang dari pemerintah lokal dan propinsi serta lembaga donor internasional, baik dari hubungan bilateral maupun multilateral. Mobilisasi finansial di tingkat nasional dikoordinasikan oleh KPA atau suatu lembaga yang ditunjuk. KPA Nasional menyediakan arahan alokasi dana dari lembaga donor untuk KPA Daerah atau pihak-pihak lain yang terlibat yang memerlukan dana untuk program komunikasi mereka dengan cara mengirimkan proposal kepada KPA Nasional. Mobilisasi finansial di tingkat propinsi dikoordinasikan dengan KPA Propinsi dikoordinasikan dengan KPA Kabupaten/Kota.

Badan-badan usaha milik negara (BUMN) dan sektor swasta diharapkan memberikan sumber daya finansial untuk program komunikasi mengenai HIV dan AIDS di lingkungan kerja mereka untuk para pegawainya. Program HIV dan AIDS dapat digabungkan dengan program K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) dan CSR (Tanggung Jawab Sosial Perusahaan)

Eksplorasi sumber dana oleh pejabat yang juga anggota KPA Nasional diperlukan sebagai bagian program tahunan, termasuk dana untuk kegiatan komunikasi. Peran POKJA Komunikasi Nasional adalah untuk menyediakan perencanaan kegiatan tahun berjalan dan mengundang semua pegawai dan anggota KPA Nasional untuk melakukan perencanaan bersama. Berbagai lembaga dan pejabat memiliki sumber daya dan program untuk pencegahan HIV.

Selain itu, berbagai sumber daya dari pejabat atau lembaga yang tidak terlibat secara langsung dengan HIV dan AIDS masih bisa digunakan untuk mendukung

kegiatan komunikasi seoptimal mungkin. Sebagai contoh, kegiatan pendidikan ada di semua lini sektor. POKJA Komunikasi Nasional bisa mengenalkan ke sektor-sektor terkait tentang sarana dan prasarana dan metoda yang diperlukan sehingga kegiatan komunikasi bisa dimasukkan dalam bagian program itu.

Sumber sarana dan prasarana: Sarana dan prasarana dan alat-alatnya perlu didistribusikan untuk mendukung program. Pembelian dan logistik akan mengikuti mekanisme logistik yang telah ada di masing-masing lembaga. Sarana dan prasarana yang ada dapat digolongkan menjadi sarana dan prasarana upaya pencegahan, sarana dan prasarana upaya pengawasan, serta sarana dan prasarana diagnosa dan penanganan. Semua tim pelaksana teknis akan bertanggung jawab untuk penyediaan dan distribusi sarana dan prasarana, serta untuk meningkatkan sistem manajemen logistik mereka sehingga dapat memastikan semua sarana dan prasarana tersedia saat diperlukan. Seluruh kementerian bertanggung jawab terhadap semua mitra yang terkait di tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten/kota.

Bantuan teknis dari lembaga-lembaga internasional dan lembaga donor: Sejauh ini, sebagian besar dari program komunikasi yang dilakukan di Indonesia telah didanai oleh berbagai lembaga internasional dan lembaga donor pendukung seperti USAID melalui program ASA, serta Proyek Pencegahan dan Perawatan HIV dan AIDS Indonesia (HCPI) yang didanai oleh AusAID dan juga Dana Kemitraan DFID. Bantuan yang ada juga berasal dari organisasi multilateral seperti UNAIDS dengan WHO, UNFPA, UNDP, ILO, UNICEF, dan Dana Global HIV dan AIDS, TB dan Malaria. Meskipun demikian, dukungan finansial yang lebih banyak masih diperlukan. Selain dukungan finansial, dukungan teknis juga diperlukan, terutama untuk memperkuat kecakapan KPA Nasional dan kompetensi POKJA Komunikasi Nasional. Keberadaan para pakar dari lembaga-lembaga internasional harus dimanfaatkan seoptimal mungkin untuk mendukung fungsi POKJA Komunikasi Nasional. Pelajaran yang didapatkan dari negara lain juga mungkin untuk dimanfaatkan melalui upaya untuk memfasilitasi yang baik yang diadakan oleh lembaga-lembaga internasional tersebut.

Kolaborasi dengan komunitas bisnis: Saat ini kolaborasi dengan masyarakat bisnis adalah hal yang normal dari suatu mitra yang menangani HIV dan AIDS di Indonesia. Sejak tahun 1990an, melalui *Global Compact* yang diprakarsai Perserikatan Bangsa-Bangsa, masyarakat bisnis telah meluncurkan Tanggung Jawab Sosial Perusahaan (CSR). Dalam hubungannya dengan HIV, kolaborasi dengan masyarakat bisnis bisa diawali dari hal-hal mendasar, seperti untuk menyediakan layanan dan program HIV dalam lingkungan mereka seperti yang telah dilakukan beberapa perusahaan, atau dengan menyumbang ke masyarakat dalam bentuk dukungan finansial sarana kesehatan. Perusahaan swasta adalah bagian dari rencana kerja yang ada, dimana masing-masing bisnis paling tidak bisa membiayai program komunikasi dan konseling HIV di tempat kerja mereka.

Program bersama: Pada dasarnya, aktivitas komunikasi bisa melibatkan koordinasi dengan berbagai pihak, seperti dengan mitra program kerjasama seperti ini sangat penting untuk program pencegahan HIV mengingat kerumitan masalah yang dihadapi. Koordinasi ini harus melibatkan berbagi pembelajaran dan pengalaman yang diperoleh, atau akses ke teknologi dan tenaga ahli yang diperlukan di Indonesia.

Aliansi antar organisasi: Advokasi dan komunikasi publik tidak bisa dilakukan tanpa hubungan dekat dan sistematis dengan bermacam pihak yang ada di Indonesia, termasuk organisasi dan lembaga internasional. Selain dukungan politik, ada pula manfaat tambahan dari pelajaran dari luar negeri. Sebagai contoh, aliansi dengan lembaga internasional yang berpengalaman mendukung ODHA akan memberikan kepercayaan pada Jaringan ODHA di Indonesia. Baru-baru ini, beberapa bisnis di level nasional mulai berkoordinasi untuk program pencegahan HIV, yang juga terhubung ke aliansi sektor swasta lainnya di daerah Asia Pasifik.

d) Pengembangan Kapasitas

Program komunikasi HIV dan AIDS memerlukan sumber daya manusia yang berkualitas. Di Indonesia, faktor kecakapan dan kompetensi adalah rintangan terbesar dalam menjalankan program, termasuk kegiatan komunikasi HIV dan AIDS. Kapasitas institusional yang ada tidak cukup untuk mendukung program karena kurangnya sumber daya manusia yang memiliki keahlian, kurangnya kecakapan dan pengalaman, serta kurangnya akses terhadap informasi. Peningkatan kecakapan komunikasi, baik kelembagaan maupun personil, perlu dijadikan program kunci dalam Strategi Komunikasi. Mengingat sumber daya, pendanaan, daerah prioritas, dan kelompok sasaran, peningkatan kecakapan harus dilakukan secara bertahap. Berikut adalah beberapa target untuk meningkatkan kecakapan di semua KPA Propinsi:

- Langkah pertama, KPA Nasional harus menyebarkan Strategi Komunikasi Nasional se-ekstensif mungkin ke semua KPA Propinsi dan pihak-pihak yang terlibat dan terkait dengan komunikasi HIV dan AIDS. Pihak-pihak ini perlu memahami strategi utama dan isu kunci komunikasi untuk masing-masing populasi kunci sehingga konsistensi tetap terjaga.
- Mengidentifikasi peran masing-masing lembaga dalam komunikasi menyatakannya dalam rencana aksi dan strategi.
- Mengidentifikasi potensi dan halangan di setiap area komunikasi yang melibatkan lembaga tersebut. Menentukan kompetensi, pengalaman, kemungkinan cakupan, dana, dan sumber daya lain yang tersedia.
- Mengidentifikasi prioritas kelompok atau lembaga untuk mencapai target.
- Mengidentifikasi sumber daya pendukung: dana dari APBD, APBN, atau sumber dana internasional dan lembaga-lembaga lainnya.
- Menjadwalkan pelatihan dan mengidentifikasi sumber daya untuk hal ini.
- Menentukan indikasi kinerja untuk tujuan pengawasan.

Kursus Pelatihan Komunikasi Strategis: Hal ini diperlukan untuk:

- Pemimpin masyarakat dan pengambil kebijakan:
 - Perancangan metoda dan materi komunikasi berbasis-fakta.
 - Penyampaian tema dan pesan advokasi secara baik.
 - Prinsip komunikasi efektif untuk menghilangkan stigma, mengembangkan kesadaran, dan komitmen, memberdayakan kelompok yang disasar.
 - Metoda komunikasi publik terkait isu-isu sensitif dan hak asasi manusia.
- Manajer program (pemerintah dan LSM):
 - Penyampaian tema dan pesan secara baik.
 - Penentuan metoda komunikasi yang berfokus pada perubahan perilaku.
 - Penentuan metoda dan tips untuk mengembangkan materi.
 - Pelatihan perencanaan komunikasi sebagai bagian tak terpisahkan dari upaya keseluruhan pencegahan HIV dan AIDS dan layanan CST.
- Media Massa:
 - Penyampaian tema dan pesan secara baik, termasuk Hiburan Edukatif.
 - Prinsip komunikasi efektif untuk menghilangkan stigma, mengembangkan kesadaran, dan komitmen, memberdayakan kelompok yang disasar.
 - Mengenalkan metoda untuk memajukan "Gaya Hidup Sehat."
 - Artikel yang mudah dipahami dan tepat sasaran yang tidak memberi informasi keliru.
 - Berita yang berimbang dan bebas mitos dan miskonsepsi.
- Penyedia layanan, termasuk personalia medis:
 - Pelatihan komunikasi dinamis dan interaktif.
 - Pelatihan komunikasi individual dalam KAPK untuk "ABC", VCT, layanan CST.
 - Pelatihan perencanaan komunikasi sebagai bagian tak terpisahkan dari upaya keseluruhan pencegahan HIV dan AIDS.

Seperti yang diindikasikan dalam Proses-P di Bab IV, riset formatif untuk analisis komunikasi, monitoring dan evaluasi merupakan hal yang sangat penting dalam komunikasi strategis. Para periset komunikasi menggunakan metoda sosiologis, psiko-sosial, dan antropologis untuk mengembangkan program-program komunikasi dan untuk mengevaluasi mereka. Salah satu tujuan dari Komunikasi Strategis adalah untuk menciptakan jalur informasi agar saran dan kritik dapat diterima untuk program atau strategi komunikasi yang mendatang. Riset formatif juga diperlukan untuk mengembangkan materi-materi yang akan digunakan.

1. Riset Formatif

Peninjauan data analisis situasi: Perencanaan aktivitas komunikasi dapat dimulai dari peninjauan riset dan studi baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Metoda lain yang bisa digunakan adalah dengan mengadakan diskusi kelompok dengan anggota-anggota inti dari LSM yang bekerja sama dengan populasi kunci di daerah untuk mendengarkan pendapat mereka mengenai faktor perilaku dan lingkungan. Adalah sebuah hal yang sangat mungkin untuk memiliki banyak kekurangan dalam analisis situasi dan data.

Penilaian dan riset dasar dan formatif: termasuk teknik kuantitatif dan kualitatif yang dapat digunakan untuk mempelajari sebuah masalah dalam sebuah konteks sosial tertentu. Analisis masalah dapat mengungkapkan berbagai permasalahan mendasar, begitu pula dengan manifestasi dan implikasi dari permasalahan yang bersangkutan. Secara spesifik, riset formatif merupakan sebuah hal yang penting dalam mengidentifikasi skala dari sebuah masalah dalam sebuah batasan populasi, atau satu lapisan masyarakat tertentu yang paling terpengaruh, dan untuk menemukan faktor yang dapat menjelaskan alasan terjadinya sebuah masalah, pengetahuan yang telah ada dan perilaku terhadap situasi yang bersangkutan, halangan dari pengambilan tindakan, dan informasi yang bersangkutan lainnya. Riset formatif juga melibatkan penilaian cepat usaha komunikasi di masa lalu dan sekarang. Riset formatif dilakukan dalam tahap awal sebuah proyek dan menjadi sebuah pedoman proses pengambilan

keputusan dalam desain dan implementasinya. Riset tersebut juga dapat, dan sebaiknya, dilakukan dengan memasukkan elemen baru dari program, bahkan apabila elemen-elemen tersebut dilibatkan di tahap akhir program. Faktor-faktor yang telah disebutkan dalam Gambar 6, kolom 3 dan 4, harus diperhitungkan. Untuk program ditujukan pada populasi jumlah besar, sebuah survei kuantitatif tentang pengetahuan yang telah dimiliki, perilaku, keterampilan, praktik, dan lain-lain, merupakan sebuah hal yang harus dilakukan.

Uji coba materi komunikasi dan peralatan dapat menjadi salah satu elemen dari riset formatif. Sebelum menyelesaikan sebuah materi atau peralatan komunikasi, atau program media, staf yang bekerja dalam program tersebut harus melakukan ujicoba materi ketika menjelang bentuk akhir di depan beberapa orang dari sasaran sebenarnya yang ditargetkan untuk meninjau tingkat pengertian, tingkat antusiasme, penerimaan, dan faktor lainnya. Hal lain yang harus dilakukan juga adalah mengujicoba tingkat penerimaan peralatan dengan cara mengimplementasikan materi tersebut dalam organisasi sasaran dan pekerja lapangannya, juga dengan penjaga gerbang pada tingkat komunitas, dan audiens lainnya dalam analisis partisipasi untuk komunikasi strategis. Pertanyaan-pertanyaan yang umum dikemukakan dalam proses ujicoba antara lain adalah:

- Menurut sasaran, materi ini untuk siapakah?
- Apakah materi/pesan/cerita cukup jelas dalam hal bahasa atau penampilan?
- Apakah materi menarik atau relevan bagi sasaran? Dapatkah materi tersebut mendorong diskusi?
- Apakah sasaran mengerti tujuan dari pesan atau materi?
- Apa halangan yang sasarandalam penerimaan materi?
- Tindakan seperti apa yang menurut sasaran perlu dilakukan?
- Apakah mungkin untuk mengubah perilaku sasaran dari penerimaan materi ini?

Walaupun demikian, harus dicatat bahwa pelatihan khusus juga diperlukan untuk melakukan riset formatif dalam materi komunikasi, termasuk wawancara mendalam terhadap berbagai individu dan kelompok.

Riset operasional terhadap pekerja lapangan diperlukan karena merekalah yang harus mengurus materi di lapangan. Berdasarkan hasil, staf kreatif akan memodifikasi metoda komunikasi sebelum diimplementasikan di lapangan. Meskipun uji coba dapat meningkatkan efektivitas dari materi dan peralatan komunikasi, seringkali hal tersebut dilupakan saat program dijalankan secara terburu-buru tanpa menganalisis keuntungan sebenarnya dari program tersebut.

Seperti yang diindikasikan dalam Proses-P di Bab IV, riset formatif untuk analisis komunikasi, monitoring dan evaluasi merupakan hal yang sangat penting dalam komunikasi strategis. Para periset komunikasi menggunakan metoda sosiologis, psiko-sosial, dan antropologis untuk mengembangkan program-program komunikasi dan untuk mengevaluasi mereka. Salah satu tujuan dari Komunikasi Strategis adalah untuk menciptakan jalur informasi agar saran dan kritik dapat diterima untuk program atau strategi komunikasi yang mendatang. Riset formatif juga diperlukan untuk mengembangkan materi-materi yang akan digunakan.

1. Riset Formatif

Peninjauan data analisis situasi: Perencanaan aktivitas komunikasi dapat dimulai dari peninjauan riset dan studi baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Metoda lain yang bisa digunakan adalah dengan mengadakan diskusi kelompok dengan anggota-anggota inti dari LSM yang bekerja sama dengan populasi kunci di daerah untuk mendengarkan pendapat mereka mengenai faktor perilaku dan lingkungan. Adalah sebuah hal yang sangat mungkin untuk memiliki banyak kekurangan dalam analisis situasi dan data.

Penilaian dan riset dasar dan formatif: termasuk teknik kuantitatif dan kualitatif yang dapat digunakan untuk mempelajari sebuah masalah dalam sebuah konteks sosial tertentu. Analisis masalah dapat mengungkapkan berbagai permasalahan mendasar, begitu pula dengan manifestasi dan implikasi dari permasalahan yang bersangkutan. Secara spesifik, riset formatif merupakan sebuah hal yang penting dalam mengidentifikasi skala dari sebuah masalah dalam sebuah batasan populasi, atau satu lapisan masyarakat tertentu yang paling terpengaruh, dan untuk menemukan faktor yang dapat menjelaskan alasan terjadinya sebuah masalah, pengetahuan yang telah ada dan perilaku terhadap situasi yang bersangkutan, halangan dari pengambilan tindakan, dan informasi yang bersangkutan lainnya. Riset formatif juga melibatkan penilaian cepat usaha komunikasi di masa lalu dan sekarang. Riset formatif dilakukan dalam tahap awal sebuah proyek dan menjadi sebuah pedoman proses pengambilan

Kotak 3: Contoh hasil atau indikator akhir

Dukungan: Program secara keseluruhan

- Kebijakan yang ada dan diimplementasikan untuk mengurangi kasus pelecehan seksual.
- Kebijakan yang ada untuk memperkuat dan meningkatkan kualitas jasa kesehatan untuk VCT.
- Panduan pembuatan kebijakan, rekomendasi atau hukum yang dibuat yang berhubungan dengan kesehatan remaja.
- Sumber daya yang didapatkan untuk jasa VCT.
- Penghargaan yang dibuat untuk kualitas dan jasa kesehatan remaja.
- Jumlah artikel yang ditulis dan pesan yang disebarluaskan mendukung diskusi mengenai seks dan masalah-masalah seksualitas.
- Panduan kebijakan, rekomendasi atau hukum yang dibuat yang berhubungan dengan media.
- Penghargaan untuk media yang bertanggung jawab secara sosial.

Komunikasi Perubahan Perilaku: Resiko untuk laki-laki

- Persentase laki-laki yang dapat mengidentifikasi metoda-metoda pencegahan HIV.
- Persentase laki-laki dengan kepercayaan yang betul/salah mengenai AIDS.
- Persentase laki-laki yang menganggap diri mereka berada dalam bahaya infeksi HIV.
- Persentase laki-laki yang dapat mengidentifikasi sekurang-kurangnya 3 gejala IMS.
- Persentase laki-laki dengan perilaku menerima terhadap orang-orang yang positif HIV dan orang-orang yang terinfeksi HIV dan AIDS.
- Persentase laki-laki yang dihadapkan pada resiko seksual lebih tinggi tahun lalu.
- Persentase laki-laki yang menggunakan kondom dalam hubungan seksual terakhir mereka.
- Persentase laki-laki yang berhubungan seksual secara komersial pada hubungan seksual terakhir.

Komunikasi Perubahan Perilaku: PSP

- Persentase PSP yang mengetahui metoda pencegahan HIV.
- Persentase PSP yang memiliki kepercayaan salah terhadap HIV dan AIDS.
- Persentase PSP yang dapat mengidentifikasi sekurang-kurangnya 3 gejala IMS.
- Persentase PSP yang menganggap diri mereka berada dalam bahaya infeksi HIV.
- Persentase PSP yang mengenakan kondom saat hubungan seks terakhir mereka, baik dengan mitra yang komersial, non-reguler, dan reguler.
- Persentase PSP yang berkonsultasi mengenai IMS kepada ahli kesehatan yang terakreditasi dan merasa puas akan hasilnya.
- Persentase PSP yang datang ke tes HIV, melalui tes, dan menerima hasil tes.
- Persentase PSP yang merasa terdiskriminasi dan membuat laporan.

Lampiran 1

Daftar Peserta Pertemuan Konsultasi Nasional

1.	Abdullah Denovan	Jaringan Orang Terinfeksi HIV Indonesia (JOTHI)
2.	Abidin Siregar	Pusat Promosi Kesehatan – Departemen Kesehatan
3.	Achoe Sunhiyah	Koalisi Perempuan Indonesia (KPI)
4.	Adhe ZP	Program Kerjasama HIV untuk Indonesia (HCPI)
5.	Aditya Faisal	Yayasan STIGMA
6.	Afianto	Jaringan Aksi Nasional Pengurangan Dampak Buruk Narkoba Suntik (JANGKAR)
7.	Agustine	Koalisi Perempuan Indonesia (KPI)
8.	Ajat Sudrajat	Yayasan STIGMA
9.	Ajiyanto Dwi Nugroho	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
10.	Amala Rahmah	Program Kerjasama HIV untuk Indonesia (HCPI)
11.	Amini R.	Puskesmas Kec. Tebet
12.	Andreas PI	Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI)
13.	Anna Sulika	Yayasan Bandungwangi
14.	Maharani	Partisan
15.	B. Zandy SK	Yayasan Srikandi Sejati
16.	Bani Setyabudi	Persaudaraan Korban Napza Indonesia (PKNI)
17.	Belen Pedrique	MdM – France Coordinator (MdF=Medecins du Monde)
18.	Belinda Hutapea	Jaringan Orang Terinfeksi HIV Indonesia (JOTHI)

19.	Bonitha Merlina	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), Jakarta
20.	Bowo Usodo	Jaringan Radio Komunitas Indonesia (JRKI)
21.	Caya Muli	Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS)
22.	Ciptasari Prabawanti	Organisasi Kesehatan Keluarga Internasional (FHI)
23.	Cun	Lembaga Peduli AIDS (LPA) - Karya Bhakti
24.	Danny I. Yatim	Program Kerjasama HIV untuk Indonesia (HCPI)
25.	Dewi	Kios Informasi Kesehatan Atmajaya
26.	Dyamsudin	Kementrian Negara Pemuda dan Olah Raga (Kemenegpora)
27.	E. Lalang Wardoyo	Sekolah Media Penyiaran
28.	Eko Sulistiyanto	Radio 68H
29.	Endang	Yayasan Bandungwangi
30.	Fabian Fensidal	ICODESA (institute for Community Development and Social Advocacy)
31.	Fina	Medecins du Monde (MdM)
32.	Fonny J. Silfanus	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
33.	Gelora Manurung	United Nations Children's Fund (UNICEF)
34.	Halik Sidik	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
35.	Handi Bratadilaga	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
36.	Harrymurti Prabowo	YIM

37.	Hertin Setyowati	Yayasan Spiritia
38.	Husein Habsyi	Yayasan Pelita Ilmu (YPI)
39.	Ida Bagus Sutakertya	Organisasi Kesehatan Keluarga Internasional (FHI)
40.	Iman Abdurrahman	POKJA GWL Indonesia
41.	Inang Winarso	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
42.	Irawati Atmosukarto	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
43.	Irfan Hardiansyah	Yayasan Karya Peduli Kita (Kapeta)
44.	Irwan Julianto	Wartawan senior
45.	James Johnson	Organisasi Kesehatan Keluarga Internasional (FHI)
46.	Junnedi Gallinging	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), Jakarta
47.	Lenny Sugiharto	Yayasan Srikandi Sejati
48.	Lulu A	Yayasan Srikandi Sejati
49.	M. Sugiharto Isnadi	Yayasan STIGMA
50.	Marcel Lukas	Konsultan Independen
51.	Maria Rosita PR	Organisasi Kesehatan Keluarga Internasional (FHI)
52.	Martha S. Ismail	United Nations Population Fund (UNFPA)
53.	Masruchah	Koalisi Perempuan Indonesia (KPI)
54.	MT. Arsi Nurwaskito	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
55.	Nadiar	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN)
56.	Nancy Fee	Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS (UNAIDS)
57.	Nita	Yayasan Kusuma Buana (YKB)
58.	Omar Syarif	Jaringan Orang Terinfeksi HIV Indonesia (JOTHI)
59.	Patri Handoyo	PKNI (Persaudaraan Korban Napsa Indonesia)

60.	Peni Anandya Rini	Yayasan STIGMA
61.	Raharjo Waluyo Jati	Jaringan Radio Internasional Suara Hak Asasi Manusia
62.	Ria	Pusat Promosi Kesehatan – Departemen Kesehatan
63.	Robert Magnani	Organisasi Kesehatan Keluarga Internasional (FHI)
64.	Samsudin	Kementrian Negara Pemuda dan Olah Raga (Kemenegpora)
65.	Santi Sardi	Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI)
66.	Sari Azznur	Ikatan Persaudaraan Pengguna Napsa Indonesia (IPPNI)
67.	Slamet Riyadi Sabrawi	Lembaga Pendidikan Penelitian dan Penerbitan Yogyakarta (LP3Y)
68.	Sofyan Tanjung	Departemen Komunikasi dan Informatika (Depkominfo)
69.	Sri Harjanti Wahyuningsih	Medecins du Monde (MdM)
70.	Sri Wibowati	Departemen Komunikasi dan Informatika
71.	Sumedi Ryan Hutagalung	Yayasan Inter Medika
72.	Suriadi Gunawan	Komisi Penanggulangan HIV AIDS Nasional – KPAN
73.	Sutrisno	Departemen Hukum & HAM
74.	Sutriyatmi	Koalisi Perempuan Indonesia (KPI)
75.	Teddy Andika Setyadi	KPA DKI
76.	Tika	Yayasan Pelita Ilmu (YPI)
77.	Tim Mackay	Program Kerjasama HIV untuk Indonesia (HCPI)
78.	Victor Pudjadi	Badan Narkotika Nasional (BNN)
79.	Yunita Khaerul Khatimah	Medecins du Monde (MdM)

Lampiran 2

Tim Penyunting Dan Penyelaras

Pengarah	Dr. Nafsiah Mboi, Sp A, MPH	Sekretaris KPAN
Ketua	Fonny J.Silfanus	KPAN
Sekretaris	Ajianto Dwi Nugroho	KPAN
Anggota	Samsudin	Kemenegpora
	Irwan Julianto	Jurnalis Senior Kompas
	Nadlar	KPAN
	Danny Yatim	HCPI
	Bowo Husodo	JRKI
	Peni Anandya Rini	Yayasan STIGMA
	Ria	Promkes - Depkes
	Omar Syarief	JOTHI
	Belinda Hutapea	JOTHI

Lampiran 3

Indonesia IDPRELIM, Mei 2008. Tabel 14. Pengetahuan mengenai AIDS.

Persentase perempuan dan laki-laki yang telah menikah yang pernah mendengar tentang AIDS berdasarkan karakteristik latar belakangnya, Indonesia 2007 .

Karakteristik Latar Belakang	PEREMPUAN		LAKI-LAKI	
	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah
Usia				
15-19	52,4	845	45,9	29
20-24	68,8	4,094	68,7	432
25-29	71,8	5,771	77,4	1,116
30-39	65,4	12,024	79,4	3,097
40-49	47,3	10,160	68,3	2,930
50-54	na	0	53,7	1,155
Status Pernikahan				
Menikah	61,8	30,931	71,4	8,758
Cerai/Cerai Mati	49,3	1,964	na	0
Tempat tinggal				
Perkotaan	77,3	13,745	85,5	3,728
Pedesaan	49,3	19,150	61,0	5,030
Pendidikan				
Tidak sekolah	9,4	2,270	17,7	361
Tidak tamat SD	27,8	5,572	39,6	1,605
Tamat SD	52,8	10,077	63,7	2,339
SMP atau sederajat	77,6	6,781	84,6	1,721
dinas SMP	94,3	8,193	95,5	2,727
Total	61,0	32,895	71,4	8,758
Total ¹	61,4	31,850	71,7	8,472

¹ Lima provinsi tidak termasuk dalam IDHS 2002-03 (NAD, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat).

na = data tidak tersedia

IDPELIN, Mei 2008, Tabel 16. Pengetahuan cara-cara mengurangi risiko terinfeksi virus AIDS.

Perentase perempuan usia 15-49 yang pernah melihat dan laki-laki melihat yang menjawab pertanyaan dengan benar orang dapat mengurangi risiko terkena virus HIV dengan menggunakan antipap kali berhubungan seksual, dengan berhubungan seks hanya dengan satu pasangan tidak, terinfeksi yang tidak memiliki pasangan seksual lain, dan tidak berhubungan seks sama sekali, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2007.

Karakteristik Latar Belakang	PEREMPUAN						LAKI-LAKI					
	Perentase yang mengatakan HIV bisa dicegah dengan cara berikut:						Perentase yang mengatakan HIV bisa dicegah dengan cara berikut:					
	Masuk kondom ¹	Hanya berhubungan seks dengan 1 pasang ²	Tidak berhubungan seks dengan 1 pasang ³	Tidak berhubungan seks dengan 1 pasang ³	Jumlah pasangan		Masuk kondom ¹	Hanya berhubungan seks dengan 1 pasang ²	Tidak berhubungan seks dengan 1 pasang ³	Jumlah pasangan		
Umur												
15-19	27,5	32,4	31,0	37,2	84,5		*	*	*	*	*	29
20-24	40,3	47,2	33,4	42,0	4,034		48,4	49,7	43,8	30,6	432	432
25-29	40,6	48,2	34,0	42,4	5,771		52,0	55,7	45,4	44,4	1,116	1,116
30-34	38,3	46,0	33,6	40,3	12,024		50,0	59,3	47,5	40,1	3,097	3,097
35-39	26,6	32,4	32,5	27,3	10,160		45,3	49,5	38,2	40,8	2,830	2,830
40-49	na	na	na	na	9		32,3	38,0	26,2	30,9	1,155	1,155
Status Pernikahan												
Menantan	35,0	42,8	30,3	37,1	30,931		46,9	52,4	41,3	42,9	6,758	6,758
Cerai/Cera Mati	26,4	33,7	32,8	29,3	1,954		na	na	na	na	0	0
Tempat tinggal												
Pemukiman Perkotaan	45,0	56,4	43,4	48,3	13,748		62,2	66,6	53,7	56,7	3,726	3,726
Pemukiman Pedesaan	25,0	32,0	20,9	27,5	19,150		39,1	41,8	38,2	35,6	5,030	5,030
Pendidikan												
Tidak sekolah	4,3	5,2	3,1	4,7	2,270		3,2	4,5	2,5	3,6	361	361
Tidak tamat SD	11,2	16,0	8,7	12,3	5,572		21,9	22,9	16,8	18,3	1,805	1,805
Tamat SD	26,0	32,2	20,6	27,7	10,077		38,6	41,1	29,0	35,0	2,339	2,339
SMP atau sederajat	44,0	53,8	37,5	47,3	8,781		59,6	62,1	49,3	51,4	1,721	1,721
SMP atau sederajat di atas SMP	64,5	73,6	58,8	64,0	8,193		74,9	79,5	65,5	63,7	2,727	2,727
Total	35,5	42,2	29,9	36,6	32,895		48,9	52,4	41,3	42,9	6,788	6,788
Total³	25,9	42,8	30,3	37,1	30,931		32,3	38,0	26,2	30,9	1,155	1,155

na = Data tidak tersedia.

Tanda bintang menunjukkan perkiraan yang didasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak berbobot.

¹ Menggunakan kondom tiap mereka melakukan hubungan seks. ² Pasangan yang tidak memiliki pasangan lain.

³ Lima proporsi tidak termasuk dalam IDHS 2002-03 (NAD, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat).

Lampiran 5

Kondom dan Kolaborasi di Malang: Sebuah Cerita Keberhasilan Penanganan HIV dan AIDS

Epidemi HIV dan AIDS di Indonesia saat ini terkonsentrasi—di sebagian besar propinsi—di beberapa daerah populasi beresiko tinggi. Salah satu strategi yang digunakan untuk mencegah peningkatan epidemi di kelompok-kelompok tersebut, dan untuk memastikan epidemi yang ada tidak menyebar ke masyarakat umum adalah dengan cara meningkatkan pemakaian kondom dan mengurangi tingkat prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS) di antara pekerja seks komersial dan pelanggan mereka.

Kota Malang di Jawa Timur memiliki populasi perempuan pekerja seksual yang banyak, dan sebagian besar beroperasi di kompleks rumah bordil yang diatur sebagian (*semi-regulated*). Iklim politik yang semakin konservatif telah membuat ditutupnya kompleks-kompleks semacam itu di bagian lain di Indonesia, yang mempersulit untuk menjangkau pekerja seks dan pelanggan mereka dengan layanan pencegahan HIV. Meskipun demikian, di kabupaten Malang, Proyek ASA Organisasi Kesehatan Keluarga Internasional (FHI) dengan pendanaan dari Dana Kemitraan Indonesia untuk HIV dan AIDS yang didukung oleh DFID, telah bekerja dengan pemerintah lokal dan masyarakat sipil untuk mengembangkan suatu strategi yang inovatif dan komprehensif yang telah menunjukkan keberhasilan dalam mengubah sikap dan perilaku.

Inti dari strategi tersebut adalah Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten, yang sejak tahun 2005 telah mengambil serangkaian langkah dalam merumuskan respons strategis untuk epidemi HIV di kabupaten tersebut. Berdasarkan dari kinerja program yang dilakukan sebelumnya, ASA berkerja secara intensif dengan KPAD, meningkatkan kecakapan mereka untuk memetakan respons lokal dan mengenali kelompok yang paling beresiko—termasuk pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dan kelompok transgender. Data-data ini lalu dianalisa dan digunakan sebagai dasar suatu rencana strategis keseluruhan untuk kabupaten tersebut.

Di saat yang bersamaan, ASA membantu LSM-LSM lokal untuk mengembangkan intervensi terarah dengan cara menguatkan kecakapan mereka dalam pengelolaan program dan finansial, perencanaan, pengawasan, dan strategi perubahan perilaku. Sementara itu, bantuan dan pelatihan teknis diberikan untuk penyedia

layanan kesehatan setempat, khususnya untuk puskesmas-puskesmas yang ada, sehingga mereka bisa menyediakan layanan penyaringan dan penanganan IMS berkualitas tinggi serta tes dan konseling sukarela (VCT) untuk HIV.

Selama proses perencanaan dan persiapan, Komisi Penanggulangan AIDS secara rutin membangun jaringan dengan penyedia layanan kesehatan, LSM-LSM lokal dan kantor propinsi ASA, dimana hubungan yang kuat dikembangkan antar mitra-mitra tersebut. Meskipun demikian, untuk memaksimalkan hasil strategi ini, dukungan tingkat tinggi juga diperlukan. Untuk keperluan tersebut, didatangkanlah pemimpin militer dan pemuka agama tingkat tinggi yang sejak awal mendukung program ini di tingkat propinsi dari Surabaya, ibukota Propinsi Jawa Timur untuk menghilangkan kerisauan yang ada di masyarakat lokal dan personel penegak hukum mengenai aspek-aspek program yang sangat sensitif, seperti misalnya promosi kondom dan bekerja secara kooperatif dengan pengelola rumah bordil.

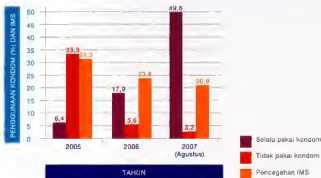
Hasil akhir yang ingin dicapai dari kampanye advokasi ini adalah jaminan dari Dewan Perwakilan Rakyat Daerah bahwa kompleks rumah bordil yang ada tidak akan ditutup—dengan syarat masing-masing kompleks yang ada mengembangkan dan menjalankan mekanisme yang tegas untuk mencegah penyebaran IMS dan HIV.

Didantu oleh Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten, pihak-pihak kunci yang terlibat di empat lingkungan tempat kompleks rumah bordil itu beroperasi saling membantu dalam kolaborasi yang luar biasa untuk mengembangkan sebuah persetujuan lokal mengenai penyaringan kesehatan reguler dan penggunaan kondom 100% di rumah-rumah bordil tersebut. Di masing-masing daerah, persetujuan tersebut dirumuskan dan disetujui secara kolektif oleh otoritas lokal (camat setempat, korps polisi dan militer lokal), pemilik rumah bordil, para pekerja seks, dan para muclikarnya.

Rincian isi dari persetujuan tersebut dan sanksi yang ditetapkan untuk pelanggarannya berbeda dari satu daerah dengan daerah lainnya, namun semuanya mewajibkan setiap pekerja seks di rumah bordil untuk menjalani pemeriksaan IMS bulanan, yang layanannya disediakan di pusat kesehatan masyarakat setempat, Sumber Pucung, melalui klinik Bergeraknya. LSM lokal, Paramitra, bertindak sebagai penghubung antara rumah bordil dan klinik, menyediakan nasehat dan informasi, dan menemani para pekerja seks saat mereka memeriksakan diri. Pada September 2007, lebih dari 750 PSK dari sekitar 1070 pekerja seks yang ada di keempat daerah tersebut telah dikontak oleh pekerja lapangan, dan sekitar 600 PSK telah menjalani pemeriksaan. Paramita juga berinteraksi secara reguler dengan pelanggan pekerja seks ini untuk meningkatkan kesadaran tentang resiko HIV dan menguatkan pesan penggunaan kondom 100 %; lebih dari 13.300 pelanggan PSK di daerah tersebut dijangkau dengan cara tersebut.

Komponen lain yang wajib di persetujuan tersebut adalah penggunaan kondom. Faktor yang penting di sini adalah memastikan bahwa kondom yang diperlukan siap tersedia. Untuk mencapai hal tersebut, otoritas lokal bekerja sama dengan DKT, sebuah organisasi pemasaran sosial kondom yang menyediakan suplai kondom berkualitas bagus dengan harga yang murah secara handal. Penggunaan kondom diawasi dengan cara merunut jumlah bungkus kemasan yang dikumpulkan oleh pekerja seks, yang oleh pemilik rumah bordil lalu dilaporkan ke Komisi Penanggulangan AIDS Daerah. Selain itu, juga dibuat sistem insentif terintegrasi—setiap bungkus ke 20, mereka mendapatkan satu kupon undian yang menawarkan hadiah seperti pesawat TV dan pemutar DVD. Penarikan undian tersebut, yang disponsori oleh ASA dan DKT, diadakan setiap beberapa bulan sekali. Acara penarikan tersebut disusun agar meriah, dengan hiburan langsung dan pidato sambutan dari pejabat senior, seperti wakil bupati atau kepala penyedia layanan lokal.

Tabel 16: Korelasi antara penggunaan kondom dan prevalensi IMS di perempuan pekerja seks di Suko, Kota Malang.



Hasil yang dicapai dari dua tahun pertama pelaksanaan program ini sangatlah menjanjikan. Adanya kenaikan dramatis jumlah pekerja seks komersial yang menggunakan kondom secara konsisten, yang juga didukung oleh turunnya tingkat prevalensi IMS. Kabupaten Malang telah menunjukkan dengan jelas bagaimana sebuah konvergensi kebijakan yang konstruktif dan pelaksanaan program yang baik—dengan difasilitasi oleh komitmen yang kuat dan pemahaman yang komprehensif akan epidemi oleh Komisi Penanggulangan AIDS Daerah—bisa menghasilkan sukses.

Lampiran 6

CONTOH KERANGKA KERJA PELAKSANAAN UNTUK KOMUNIKASI STRATEGIS MENGENAI HIV DAN AIDS.

DAERAH PROGRAM:

Komunikasi Perubahan Perilaku untuk Perempuan Pekerja Seksual (PSP).

TUJUAN I:

Untuk meningkatkan pengetahuan PSP mengenai HIV dan AIDS, menghilangkan mitos dan kesalahpahaman.

TUJUAN II:

Untuk meningkatkan keterampilan PSP tentang bagaimana melindungi diri mereka dan orang lain dari HIV dan IMS, terutama dalam menegosiasikan penggunaan kondom.

TUJUAN III:

Untuk mendapatkan komitmen dari mucikari dan geromo mengenai penggunaan kondom oleh PSP.

TUJUAN IV:

Untuk meningkatkan perilaku mencari dan memanfaatkan layanan kesehatan PSP—VCT, perawatan

TUJUAN V:

Untuk meningkatkan keterampilan konseling penyedia layanan kesehatan agar dapat menangani

TUJUAN VI:

Untuk menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap PSP-ODHA, terutama dari penyedia layanan

INDIKATOR:

1. Persentase PSP yang tahu cara pencegahan HIV.
2. Persentase PSP tanpa keyakinan / mitos yang salah tentang AIDS.
3. Persentase PSP yang bisa menyebutkan dengan benar setidaknya 3 gejala IMS.
4. Persentase PSP yang melihat diri mereka berisiko terinfeksi HIV.
5. Persentase PSP yang menyebutkan menggunakan kondom pada hubungan seks terakhir dengan pelanggan, partner tetap dan tidak tetap.
6. Persentase PSP mencari pengobatan IMS dari tenaga medis profesional berkualifikasi dan puas dengan hasil pengobatannya.
7. Persentase PSP yang meminta uji HIV, yang dites, dan yang menerima hasil tes.
8. Persentase PSP yang mengalami diskriminasi dan melaporkannya.

Khalayak Primer:

PSP di rumah bordil, PSP lainnya, misalnya perempuan pemijat, perempuan bar, PSK jalanan.

Khalayak Sekunder: Mucikari, geromo, pemilik hotel

Khalayak Tersier: Distributor kondom, pedagang, penjual kondom.

Pekerja lapangan: Pekerja lapangan dari YHI, YPPM, PKBI, YPKM, PE, Bina Mitra (konselor).

	Tujuan I – VI Semua PSP.
STRATEGI KUNCI	1. Mengembangkan program KPP multi media menggunakan saluran media lokal dan artis komunitas dan pemimpin komunitas untuk PSP, pasangan dan pelanggan mereka.
AKTIVITAS	a) Menilai kegiatan KPP/IEC saat ini dan layanan yang tersedia untuk (semua) PSP. b) Mengembangkan (bersama dengan PSP) materi dan alat komunikasi yang sesuai untuk PSP dengan pendekatan partisipatif dan meninjau praktek terbaik di seluruh dunia dalam alat jangkauan EE untuk PSP. c) Materi/ alat mencakup rekaman suara, pementasan drama di jalan, pertunjukan wayang /boneka. d) Video, pamflet dan poster Hiburan Edukatif (EE), alat interaktif dan alat pembangun keterampilan seperti papan permainan, tempat/serana bercerita. e) Paket/ pelatihan kecakapan hidup (negosiasi kondom, pengambilan keputusan, dan penentuan tujuan), model peragaan kondom untuk pasangan dan pelanggan.
KEBUTUHAN RISET (SEMUA STRATEGI)	- Menilai aktivitas KPP, penjangkauan dan KIE serta layanan yang tersedia untuk semua PSP. - Menilai layanan penjangkauan/ teman sebaya yang ada dan kualitas/tipe konseling. - Uji awal materi. - Rencana M&E yang spesifik.
INDIKATOR PROSES/HASIL	- Laporan penilaian. - Lokakarya perancangan materi terselenggara. - # dan tipe materi dan alat yang dikembangkan. - # pekerja/ teman sebaya penjangkau yang teridentifikasi. - Kurikulum pelatihan yang dikembangkan. - # lokakarya pelatihan yang diadakan dan pendidik yang dilatih.
JANGKA WAKTU	2008-2009.
MITRA/ MITRA SPESIFIK	Mitra pelaksana: - KPA, Proyek HCPI, FHI. - LSM seperti YHI, PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia), YPPM. Anggaran/ Sumber:

Tujuan I – VI Pendidikan Sebaya & Penjangkauan.

STRATEGI KUNCI	2. Mengembangkan dan menguatkan pendidikan sebaya yang dan layanan penjangkauan yang ada untuk PSP berfokus pada komunikasi antar pribadi dan konseling (KAPK) serta kegiatan dan alat KPP interaktif.
AKTIVITAS	a) Menilai pendidikan sebaya / layanan penjangkauan serta materinya. b) Mengidentifikasi pekerja sosial PSP yang berpotensi (termasuk sesama PSP). c) Mengembangkan KAPK dan alat penjangkauan dengan pendekatan partisipatif dengan PSP dan partner lain. d) Melatih pekerja penjangkauan/ pendidik sebaya mengenal konseling KPP dan pendidikan penjangkauan. e) Mengidentifikasi dan melatih fasilitator pekerja penjangkauan mengenal cakupan KPP. f) Membangun jaringan mitra PSP dengan hubungan langsung ke layanan (pencegahan dan perawatan IMS, situs VCT, kondom, opsi perawatan anak).
KEBUTUHAN RISET (SEMUA STRATEGI)	- Penilaian atas asosiasi dan kelompok jaringan sebaya yang ada serta layanan yang tersedia untuk PSP termasuk sarana/ opsi perawatan anak. - Rencana M&E yang spesifik.
INDIKATOR PROSES/HASIL	- Laporan penilaian. - PSP dan pekerja penjangkauan lainnya teridentifikasi. - Materi dan alat penjangkauan dikembangkan (brosur, poster, rekaman suara, lembar balik, dll). - Kurikulum pelatihan dikembangkan dan lokakarya diadakan. - # PSP dan pekerja sosial lainnya yang dilatih.
JANGKA WAKTU	2006-2009.
MITRA/ MITRA SPESIFIK	Mitra pelaksana: - KPA, Proyek HCPI, FHI. - LSM seperti YHI, PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia), YPPM. Anggaran/ Sumber:

Tujuan IV, V & VI Penyedia Layanan Kesehatan (HCP).	
STRATEGI KUNCI	3. Mengembangkan pelatihan terpadu dan program kepekaan untuk Penyedia Layanan Kesehatan (HCP) di sektor swasta dan sektor publik (menggunakan standar layanan yang dikembangkan melalui advokasi) untuk mengustakan kualitas konseling dan layanan penjangkauan untuk PSP.
AKTIVITAS	a) Menilai praktek dan standar konseling, pencegahan dan perawatan yang ada saat ini. b) Mengadakan pertemuan dan kunjungan lapangan dengan apoteker dan HCP untuk menilai KAP terkait PSP, penggunaan kondom, IMS dan HIV dan AIDS. c) Mengevaluasi praktek terbaik. d) Mengembangkan alat/sumber daya bagi penyedia layanan untuk melakukan konseling (termasuk lembar balik, brosur, dan poster dinding). e) Mengembangkan kurikulum pelatihan dan standar konseling.
KEBUTUHAN RISET (SEMUA STRATEGI)	- Penilaian KAP ahli kimia dan HCP tentang perawatan dan pengelolaan IMS dan juga pencegahan HIV untuk PSP (metoda konseling dan keseragaman pengetahuan teknis nampak saat interaksi pelanggan- penyedia layanan).
INDIKATOR PROSES/HASIL	- Laporan penilaian. - # pertemuan, kunjungan yang diadakan. - # & tipe materi yang dikembangkan. - Kurikulum pelatihan/ alat dikembangkan.
JANGKA WAKTU	2008-2009.
MITRA/ MITRA SPESIFIK	Mitra pelaksana: - KPA, Proyek HCPI, FHI. - LSM seperti YHI, PKBI (Pengkumpulan Keluarga Berencana Indonesia), YPPM. - Dinas Kesehatan (Dinkes) Lokal. - Dinas Tenaga Kerja (Disnaker) Lokal. Anggaran/ Sumber:



INGIN TAHU INFORMASI HIV DAN AIDS?

TENTANG PUSAT INFORMASI AIDS NASIONAL

Pusat Informasi AIDS Nasional diresmikan pada tanggal 17 Juli 2008. PLAN hadir untuk memenuhi kebutuhan informasi terkait HIV dan AIDS bagi semua kalangan: profesional, aktivis, organisasi, pelajar dan mahasiswa juga masyarakat umum. Beragam informasi tersedia dalam format digital yang dapat diakses secara online ataupun informasi dalam bentuk cetak

Informasi yang tersedia diharapkan dapat memberikan sumbangsih dalam menanggulangi HIV dan AIDS di Indonesia

FASILITAS:

- Website
- E-library
- Perpustakaan
- Hotspot Internet
- Catalogue Touch Screen
- Publikasi-publikasi Lainnya

LOKASI DAN WAKTU OPERASIONAL

Kantor Sekretariat Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
Menara Eksekutif Lt. 9
Jl. M.H. Thamrin Kav. 9 Jakarta
10330, Indonesia

Hari : Senin-Jumat
Pukul : 09.00 - 16.00
Tutup pada hari Libur Nasional

INFORMASI LEBIH LANJUT HUBUNGI

Telp : 021 - 3901 758 ext 111 / 113
Fax : 021 - 390 2665
Email : plan@aidsindonesia.or.id



<http://www.aidsindonesia.or.id/>